

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefias de Serviços de Enfermagem

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DO ACeS
- UM INDICADOR DE GESTÃO -

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação Académica orientada pela
Professora Doutora Maria Manuela Martins e
Coorientada pela Mestre Ana Isabel Vilar

Ana Isabel Gomes de Sá
Porto | 2014

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Manuela Martins, minha orientadora, pela preciosa orientação no sentido de esclarecer as minhas dúvidas, pela sua competência científica bem como pelo apoio demonstrado, tornou exequível este estudo. O meu sincero obrigado pela motivação e estímulo nos momentos mais difíceis.

Mestre Ana Isabel Vilar, minha coorientadora pelo encorajamento e disponibilidade sempre demonstrada, bem como pelas suas imprescindíveis críticas e orientações que foram determinantes no desenvolvimento do estudo.

Ao Diretor Executivo do ACeS em estudo, pela autorização para a realização do estudo, e por ter disponibilizado os meios necessários para a realização do mesmo.

Ao Presidente e a todos os elementos do Conselho Clínico e da Saúde pela compreensão e tolerância nos momentos que mais precisei.

À minha família, pelo carinho, pelo incentivo, pela motivação e pelo apoio incondicional, demonstrado ao longo da minha vida e principalmente durante todo o meu percurso académico e profissional e por me fazerem acreditar que tudo é possível.

Aos colegas de trabalho pelas sempre palavras de reforço e força que me foram transmitindo ao longo desta caminhada e à sua inesgotável paciência.

Aos meus amigos pelas suas manifestações de apoio e incentivo indispensáveis no meu dia -a- dia.

A todos os enfermeiros do ACeS que participaram no estudo, por se terem disponibilizado a participar e sem os quais não teria sido possível a concretização do mesmo, o meu sincero Obrigado.

RESUMO

A nova geração das organizações leva ao reconhecimento da importância que a satisfação profissional é um indicador de gestão a partir do clima organizacional. Neste caso em concreto, com a reforma em pleno desenvolvimento dos cuidados de saúde primários através da implementação dos ACeS e respectivas unidades funcionais, implica mudanças significativas nos modelos de gestão, podendo estas influenciar na satisfação dos profissionais. O significado do resultado da influência da satisfação profissional no desenvolvimento de um produto leva-nos a afirmar que a satisfação também é um elemento determinante da avaliação da qualidade das organizações, a par da satisfação dos clientes. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza quantitativa realizado num ACeS com o recurso a um questionário de auto preenchimento, numa população de 262 enfermeiros. A nossa finalidade é contribuir para a identificação dos principais fatores promotores da satisfação profissional dos enfermeiros com vista a otimização da gestão dos recursos humanos, pelo que temos três grupos de variáveis: as de caracterização, as de contexto, e as de satisfação propriamente dita. Salienta-se que o instrumento utilizado permitiu agrupar por dimensões, para esta amostra, nomeadamente as dimensões, para a realidade da satisfação: satisfação com o funcionamento do ACeS; entreajuda e amizade entre profissionais no local de trabalho; desenvolvimento da carreira, liderança da chefia e saúde e proteção no local de trabalho; perceção de um bom nível de remuneração e confiança no futuro; desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição; relacionamento com os utentes; estabilidade e segurança laboral. Para dar a resposta sobre o que deveria de existir, satisfação idealizada, verificou-se as seguintes dimensões: satisfação com o funcionamento do ACeS; segurança laboral e bem-estar no local de trabalho; perceção de um bom nível de remuneração; desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição; prestígio no meio social e profissional; fazer amigos no local de trabalho. No estudo é evidente que a satisfação dos profissionais de enfermagem é elevada para as expectativas, variando a satisfação com as dimensões em relação ao que existe. O local de trabalho predomina de forma evidente na satisfação dos profissionais, acrescentando a esta evidência que os enfermeiros mais novos estão mais satisfeitos, bem como os que exercem funções de gestão formal. Os enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Saúde Pública (USP) apresentam graus de satisfação superiores às restantes unidades. Como método de trabalho, destaca-se Enfermeiro de Família. Os enfermeiros com 55 ou mais anos de idade, de forma geral qualquer que seja a unidade funcional onde trabalham e qualquer que seja a função que executam, mostram-se insatisfeitos. Os enfermeiros com uma especialidade, qualquer que seja, sentem-se mais satisfeitos, relativamente aos enfermeiros que possuem outra pós formação, ou grau académico. Ressalta também, neste estudo, a satisfação das enfermeiras em relação aos enfermeiros.

Palavras-chaves: Satisfação Profissional, Cuidados de Saúde Primários; Gestão em Enfermagem.

ABSTRACT

The new generation of organizations leads to recognition of the importance of job satisfaction as indicator of management from the organizational climate. In this particular case, with the reform of primary health care in full development through the implementation of ACeS and their functional units, implies significant changes in management models, which may influence the professional satisfaction. Due to the significance of the result of the influence of job satisfaction on the development of a product it can be said that satisfaction is also a key element of the organization's quality assessment, along with customer satisfaction. This is a descriptive exploratory quantitative study conducted in a ACeS using a self-filling inquiry in a population of 262 nurses with the purpose of contributing to the identification of the main factors that promote job satisfaction of nurses to optimize the management of human resources. Three groups of variables were analyzed: characterization, context and satisfaction itself. Noteworthy is the fact that this analysis allowed grouping by dimensions of reality of satisfaction: satisfaction with the functioning of ACeS; mutual aid and friendship among professionals in the workplace; career development, leadership and management of health and safety in the workplace; perception of a good level of remuneration and confidence in the future; development of knowledge and skills to carry out the mission of the service and the institution; relationship with users; stability and job security. Regarding what should exist (idealized satisfaction) we have identified the following dimensions: satisfaction with the functioning of ACeS; labor safety and welfare at work; perception of a good level of remuneration; development of knowledge and skills to carry out the mission of the service and the institution; prestige in the social and professional environment; make friends at work. In the study it is evident that the satisfaction of nurses is high for what should exist (the expectations), varying the satisfaction with the dimensions in relation to what exists. The workplace predominates in an obvious manner in the satisfaction of professionals, adding to this evidence that younger nurses are more satisfied as well as those in management positions. Additionally, nurses from the Family Health Units (USF) and from the Public Health Unit (USP) exhibit high degrees of satisfaction than the ones from the remaining units. The "Family Nurse" stands out as a working method. In general, nurses with 55 or more years old, whatever the functional unit where they work and whatever function they perform, revealed themselves dissatisfied. Nurses with a "Specialist Degree" feel more satisfied compared to those with other post training degrees. This study also underscores the satisfaction of female nurses compared to male nurses.

Key words: Professional Satisfaction, Primary Health Care; Management in Nursing.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
CE	Conselho de Enfermagem
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CS	Centro Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
GCS	Governação Clínica e de Saúde
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MS	Ministério da Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
QDR	Quantidade que Deveria ser Recebida
QER	Quantidade Efetivamente Recebida
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SMS	Serviços Médico-sociais
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UAG	Unidade de Apoio à Gestão
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidade Funcional
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidades de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

INDICE

0 – INTRODUÇÃO	17
1- OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	21
1.1- A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	26
2 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	37
2.1 - A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	42
2.2 - FATORES QUE INFLUENCIAM A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	45
3. GESTÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	57
3.1 - INDICADORES DE GESTÃO.....	69
4- METODOLOGIA	73
4.1 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	75
4.2- POPULAÇÃO EM ESTUDO	75
4.3- VARIÁVEIS EM ESTUDO	78
4.4- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	88
4.5 – PROCEDIMENTOS DO ESTUDO	90
4.5.1- <i>Procedimentos éticos</i>	91
4.5.2 – <i>Procedimento de Colheita de Dados</i>	92
5- APRESENTAÇÃO DOS DADOS	93
5.1 – O QUE EMERGE DA REALIDADE DO ACeS	93
5.2 – UM OLHAR SOBRE A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS	104
5.3 – PERCURSO PARA A COMPREENSÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS.....	127
5.4 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL VERSUS CARACTERÍSTICAS DOS ENFERMEIROS	130
5.4.1- <i>A Satisfação Idealizada</i>	130
5.4.2 - <i>A Realidade da Satisfação</i>	138
6 - DA SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM ACES ÀS EVIDÊNCIAS DA LITERATURA	157
7 – CONCLUSÃO	165
BIBLIOGRAFIA	171
ANEXOS.....	187
ANEXO I – QUESTIONÁRIO	189
ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO À ARS	199
ANEXO III – AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DA QUESTIONÁRIO DA ARS - CENTRO	201
ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DA AUTORA DA ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	203
ANEXO V – DADOS EM TABELAS SOBRE A SATISFAÇÃO.....	205
ANEXO VI – TABELA DA ANÁLISE DESCRITIVA DA SATISFAÇÃO POR ITEM.....	211
ANEXOS VII – ANÁLISE FATORIAL DA ESCALA.....	217

Índice de Quadro

QUADRO Nº 1 – OPERACIONALIZAÇÃO DA VARIÁVEL SATISFAÇÃO	79
QUADRO Nº 2 – OPERACIONALIZAÇÃO CARACTERÍSTICAS SÓCIO – DEMOGRÁFICAS.....	82
QUADRO Nº 3 – OPERACIONALIZAÇÃO DA VARIÁVEL CARACTERÍSTICA PROFISSIONAL.....	83
QUADRO Nº 4 - ALFA DE CRONBACH DAS DIMENSÕES DA ESCALA DO GRAU DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL - ATÉ QUE PONTO DEVERIA EXISTIR	90
QUADRO Nº 5 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES DAS DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS ATÉ QUE PONTO DEVERIA EXISTIR VERSUS ATÉ QUE PONTO EXISTE	129
QUADRO Nº 6 - INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DAS CONDIÇÕES CONTEXTUAIS NO GRAU DE SATISFAÇÃO TOTAL ATÉ QUE PONTO DEVERIA EXISTIR RESULTADOS DA ESTIMAÇÃO DO MODELO	131
QUADRO Nº 7- INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DAS CONDIÇÕES CONTEXTUAIS NO GRAU DE SATISFAÇÃO COM A SATISFAÇÃO COM O FUNCIONAMENTO DO ACES ATÉ QUE PONTO DEVERIA EXISTIR RESULTADOS DA ESTIMAÇÃO DO MODELO	132
QUADRO Nº8 - INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DAS CONDIÇÕES CONTEXTUAIS NO GRAU DE SATISFAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO DE CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS PARA A REALIZAÇÃO DA MISSÃO DO SERVIÇO E DA INSTITUIÇÃO	134
QUADRO Nº9 - INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DAS CONDIÇÕES CONTEXTUAIS NO GRAU DE SATISFAÇÃO COM O PRESTÍGIO NO MEIO SOCIAL E PROFISSIONAL.	136
QUADRO Nº10 - INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DAS CONDIÇÕES CONTEXTUAIS NO GRAU DE SATISFAÇÃO COM O FAZER AMIGOS NO LOCAL DE TRABALHO	137
QUADRO Nº11 - INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DAS CONDIÇÕES CONTEXTUAIS NO GRAU DE SATISFAÇÃO TOTAL.....	138
QUADRO Nº12 - INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DAS CONDIÇÕES CONTEXTUAIS NO GRAU DE SATISFAÇÃO COM A SATISFAÇÃO COM O FUNCIONAMENTO DO ACES.	140
QUADRO Nº13 - INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DAS CONDIÇÕES CONTEXTUAIS NO GRAU DE SATISFAÇÃO COM A ENTREAJUDA E AMIZADE ENTRE PROFISSIONAIS NO LOCAL DE TRABALHO	142
QUADRO Nº14 - INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DAS CONDIÇÕES CONTEXTUAIS NO GRAU DE SATISFAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO DA CARREIRA, LIDERANÇA DA CHEFIA E SAÚDE E PROTEÇÃO NO LOCAL DE TRABALHO.....	144
QUADRO Nº15 - INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DAS CONDIÇÕES CONTEXTUAIS NO GRAU DE SATISFAÇÃO COM A PERCEÇÃO DE UM BOM NÍVEL DE REMUNERAÇÃO E CONFIANÇA.....	148
QUADRO Nº16 - INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DAS CONDIÇÕES CONTEXTUAIS NO GRAU DE SATISFAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO DE CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS PARA A REALIZAÇÃO DA MISSÃO DO SERVIÇO E DA INSTITUIÇÃO.	151
QUADRO Nº17 - INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DAS CONDIÇÕES CONTEXTUAIS NO GRAU DE SATISFAÇÃO COM O RELACIONAMENTO COM OS UTENTES	153

**QUADRO Nº18 - INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DAS CONDIÇÕES
CONTEXTUAIS NO GRAU DE SATISFAÇÃO COM A ESTABILIDADE E SEGURANÇA LABORAL 155**

Índice de tabelas

TABELA Nº1 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GÉNERO	77
TABELA Nº 2 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR CLASSES ETÁRIAS.....	77
TABELA Nº3 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO AS HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS.....	78
TABELA Nº4 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR UNIDADE FUNCIONAL.....	93
TABELA Nº 5 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR MÉTODO DE TRABALHO QUE UTILIZAM NO SEU DIA-A-DIA.	94
TABELA Nº6 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR NÚMERO DE UTENTES	94
TABELA Nº7 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR HORAS SEMANAIS DE TRABALHO	95
TABELA Nº8 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR EXERCER ATUALMENTE FUNÇÕES DE DIREÇÃO, CHEFIA OU COORDENAÇÃO	95
TABELA Nº9 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR TIPOS DE VÍNCULO.....	96
TABELA Nº10 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR SITUAÇÃO NO ACES.	97
TABELA Nº11 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ANTIGUIDADE NA PROFISSÃO OU CARREIRA	97
TABELA Nº12 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ANTIGUIDADE NO ATUAL SERVIÇO.....	98
TABELA Nº13 – DISTRIBUIÇÃO DA OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE ALGUNS DOS PENSAMENTOS QUE TIVERAM NOS ÚLTIMOS DOZE MESES	99
TABELA Nº14 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SOBRE PERMANECER NA MESMA PROFISSÃO OU CARREIRA (ENFERMAGEM).....	100
TABELA Nº15 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ESCOLHA DE OUTRO LOCAL DE TRABALHO SENDO UM CENTRO DE SAÚDE.	100
TABELA Nº 16 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR PRINCIPAL EMPREGADOR	101
TABELA Nº17 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR EXCLUSIVAMENTE EM ATIVIDADE INDEPENDENTE OU LIBERAL	101
TABELA Nº18 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR LOCAL DE TRABALHO PRINCIPAL	102
TABELA Nº19 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SOBRE A VONTADE DE MANTER O MESMO SERVIÇO ONDE TRABALHA	103

0 – INTRODUÇÃO

Compreender os desafios da gestão em geral, e dos enfermeiros em particular, numa organização de saúde, é um mosaico de saberes e de *stakeholders*, que interferem com as competências do enfermeiro gestor, incutindo neste, uma necessidade premente de atualização de conhecimentos neste âmbito. A avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros é uma das funções da gestão em enfermagem e deverá ser um indicador de gestão, quando utilizado como ferramenta na tomada de decisão, contribuindo para a excelência das práticas em gestão.

O tema da Satisfação Profissional, enquanto objeto de investigação, de formação e de prática, no domínio da gestão de recursos humanos, torna-se de crucial importância na atual conjuntura da reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). É com a lei de bases da saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), que se consagra, em termos jurídico-normativos, o conceito de avaliação da satisfação profissional no âmbito do sistema de gestão do Serviço Nacional de Saúde (SNS); a satisfação profissional passa a ser um dos critérios de avaliação periódica do SNS, a par da satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da eficiente utilização dos recursos. A satisfação é um processo dinâmico que pode ter influência tanto da organização do trabalho quanto da vida social, ou seja, o trabalhador não chega ao seu local de trabalho com um mero operador, ele possui uma história, o que o torna um indivíduo com características únicas e pessoais. O sentimento de satisfação profissional é um processo ativo e complexo, influenciado por uma série de fatores e está diretamente relacionado à subjetividade do profissional, como refere Silva et al (2009) cit in Sartoreto (2013).

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, ferramenta condutora para a melhoria dos cuidados de saúde, também dá importância a este tema, propondo,

enquanto um dos objetivos estratégicos, a obtenção de ganhos em saúde, centrando a mudança não apenas no cidadão mas também nos profissionais, capacitando o sistema de saúde para a inovação e garantindo os mecanismos adequados à sua execução, através da cativação adequada de recursos. No âmbito das orientações estratégicas e intervenções necessárias para a Qualidade em Saúde prevê apoiar, de forma sustentada, a avaliação do grau de satisfação dos profissionais dos serviços de saúde uma vez que a satisfação profissional é considerada um elemento estrutural das organizações e está associada à qualidade e resultados dos cuidados de saúde. O atual Plano Nacional de Saúde 2012-2016 pretende reforçar a capacidade de planeamento e operacionalidade no Sistema de Saúde. O eixo estratégico - Qualidade em Saúde - refere que “as oportunidades do desenvolvimento da qualidade em saúde para o profissional implicam maior segurança em relação à incerteza clínica, referenciais claros para a avaliação do seu trabalho e valorização de mérito e do desenvolvimento contínuo, com maior satisfação” (PNS, 2012-2016:9). Existe um fio condutor entre os dois planos de saúde onde a Satisfação Profissional é transversal, critério necessário para a gestão da Qualidade em Saúde.

“Há um certo consenso sobre a importância da avaliação regular, da satisfação profissional, já que é um importante indicador do clima organizacional. Em todo o caso, a relação entre a satisfação e os resultados do desempenho individual e organizacional não é linear, embora muitos estudos apontem para uma associação ou correlação entre a satisfação, certas variáveis sociodemográficas (por exemplo, profissão, antiguidade, cargo ou função) e certos comportamentos ou intenções comportamentais (por exemplo, desempenho dos profissionais, absentismo, stress, turnover” (Graça, 2010:4).

Com a nova reorganização dos CSP em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), é preconizada uma gestão mais próxima dos seus profissionais. Ciente das dificuldades que a insatisfação profissional pode provocar na atividade e estabilidade organizativa, a avaliação da satisfação no contexto laboral torna-se num imprescindível instrumento de gestão, com particular ênfase para a tomada de decisão, como refere Soares (2007:2)

“As constantes transformações ocorridas nos diferentes domínios das intervenções do enfermeiro, operadas por forças da exigência de elevados padrões de qualidade, aliadas a políticas economicistas, bem como a sua irrefutável relação com os diversos fatores envolvidos no processo, provocaram a reflexão sobre o tema da satisfação profissional dos enfermeiros.”

A Satisfação Profissional resulta da complexa e dinâmica interação das condições gerais da vida, das relações de trabalho, do processo de trabalho e do

controlo que os profissionais possuem sobre as suas condições de vida e de trabalho, (Marqueze e Moreno, 2005 cit in Sartoreto, 2013).

O exercício de funções de gestão e, mais especificamente, a gestão de pessoas na área da saúde, levou-nos a ter interesse pela temática da satisfação no trabalho, já que é uma variável que constitui um aspeto relevante em contexto organizacional, pelo facto de estar direta e indiretamente associada à produtividade e à realização pessoal dos enfermeiros. A cultura organizacional resulta das crenças e valores que orientam as decisões do gestor em todos os níveis da estrutura organizacional, Kurcgant (2005). Existem fatores (exógenos) que podem ser vistos como constrangimentos extrínsecos, ligados ao ambiente, quer interno, quer externo, sócio ecológico, que se refletem no trabalho, de uma maneira direta ou indireta, e que estão fora do alcance dos profissionais mas que estão em grande parte sob o controlo dos gestores e dos decisores políticos.

Neste estudo consideramos como finalidade: *“Contribuir para a identificação dos principais fatores promotores da Satisfação Profissional dos Enfermeiros, com vista a otimização da gestão dos recursos humanos”*.

O estudo foi realizado num ACeS localizado na região centro litoral do país. A população para este estudo é composta por todos os enfermeiros pertencentes ao ACeS. Por motivos éticos e políticos não identificaremos o ACeS em estudo, os resultados serão entregues aos gestores para os fins que entenderem por convenientes.

EM TERMOS METODOLÓGICOS OPTOU-SE POR UM ESTUDO DE NATUREZA QUANTITATIVA DE CARACTER DESCRITIVO E EXPLORATÓRIO. É DESCRITIVO PORQUE O OBJETIVO PRIMORDIAL É A DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DE POPULAÇÃO DE ENFERMEIROS DO ACES E O ESTABELECIMENTO DE RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS. A METODOLOGIA QUANTITATIVA CONSTITUI UM PROCESSO DEDUTIVO, PELO QUAL OS DADOS NUMÉRICOS FORNECEM CONHECIMENTOS OBJETIVOS. OS DADOS NECESSÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO FORAM RECOLHIDOS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DA AUTO PREENCHIMENTO. O QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL FOI ELABORADO POR GRAÇA (1999). A ESCOLHA DESTA ESCALA DEVEU-SE, À EXISTÊNCIA DE OUTROS ESTUDOS PARA POPULAÇÕES IDÊNTICAS OU SEJA, ENFERMEIROS, ATÉ PORQUE ESTE INSTRUMENTO ESTÁ ADAPTADO PARA A CULTURA PORTUGUESA, NOMEADAMENTE PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE, E POR TER SIDO APLICADO AO MESMO GRUPO PROFISSIONAL POR GONÇALVES (2007) NUM ESTUDO EM CSP COM A REALIZAÇÃO DE UM PRÉ TESTE ONDE NÃO SE VERIFICARAM DIFICULDADES.

O relatório está estruturado em capítulos, sendo a primeira parte dedicada ao enquadramento teórico do tema em estudo, que está dividido em vários subcapítulos, iniciando-se com os cuidados de saúde primários e a nova reforma; a satisfação profissional a importância da avaliação da satisfação profissional; fatores que influenciam a satisfação profissional; gestão dos serviços de enfermagem e indicadores de gestão. Segue-se a metodologia e à análise dos dados. Finaliza-se este relatório com um capítulo onde se expõem as conclusões, sendo dada ênfase aos resultados obtidos e considerados relevantes, e feita uma analogia com a evidência científica.

São descritas algumas limitações e propostas para futuros estudos deste âmbito, sempre na procura de chegar mais longe na compreensão da temática em questão.

Partimos com a preocupação de encontrar indicadores de gestão sensíveis à tomada de decisão e relacionados com a satisfação profissional, independentemente dos resultados expressos, tendo a certeza que a partir destes possam ser tomadas decisões e feitas várias leituras sobre a satisfação profissional dos enfermeiros e o contexto onde se identificam os vários níveis expressos do que é real e expectável.

1- OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O tema central do trabalho é a satisfação profissional dos enfermeiros considerando este dado um indicador de gestão, contudo porque o estudo vai ser limitado a um ACeS, para compreensão do contexto da população em estudo iniciaremos por explorar o tema da área dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Os Cuidados de Saúde Primários são um elemento-chave de um Sistema de Saúde, assumindo a resposta às necessidades de saúde da população, onde se incluem os cuidados de promoção de saúde, prevenção da doença, de tratamento, de reabilitação e continuidade de cuidados ao indivíduo, família e comunidade (Portaria nº 273/2009). Os CSP são o primeiro nível de contacto com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham. Neste capítulo pretende-se demonstrar a importância dos CSP, apresentar a sua evolução ao longo das últimas décadas e a (re)organização dos serviços, já que nos parece crucial conhecer a história para compreender o presente e perspetivar melhores caminhos para o futuro.

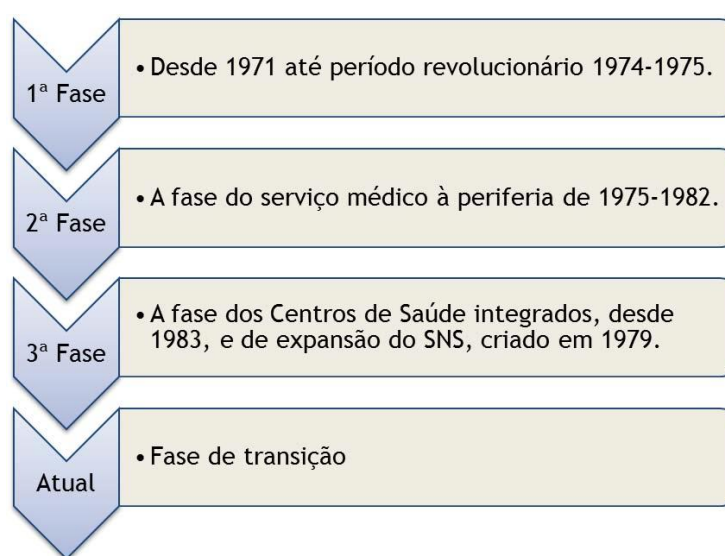
Em qualquer sistema de saúde, a fundamentação dos CSP, tem como elementos estruturantes: a acessibilidade, a globalidade, a coordenação, a longitudinalidade, a responsabilização das entidades prestadoras de cuidados, a participação comunitária, a focalização na comunidade e a auto - responsabilidade dos cidadãos (Biscaia et al.,2006). Efetivamente os CSP estão na linha da frente, constituindo-se como os cuidados de primeiro contacto ao estarem acessíveis quando necessários, e acompanhando global e longitudinalmente todo o processo de saúde - doença de uma vida e não apenas os episódios de doença. Para Sakellarides (2001:101),

“Os cuidados de saúde primários estão presentes todos os dias (...) quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhe estão próximos; sempre que comunicam com alguém habilitado a ouvi-los e apoiá-los sobre as suas dúvidas, medos, fantasias, angústias, preferências ou necessidades de saúde”.

Também Pereira, Nascimento, Gomes (2011) referem que os CSP são considerados o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções nos três níveis de prevenção e de ligação a outros serviços para a continuidade de cuidados. É neste âmbito que os CSP são reconhecidos como o pilar central do SNS.

Na história da organização dos serviços de saúde em Portugal é possível descrever em quatro fases relativamente bem delimitadas (Branco e Ramos, 2001).

Figura Nº1 – Evolução dos serviços na comunidade em Portugal



Fonte: Adaptado de Branco e Ramos (2001)

Os Centros de Saúde têm constituído a infraestrutura organizativa essencial dos cuidados de saúde primários, cobrindo todo o território nacional e têm vindo a convergir no desenvolvimento de uma prática centrada na pessoa, família e comunidade. *“O entendimento da missão do centro de saúde tem tido historicamente algumas evoluções, sendo possível identificar três gerações, com enquadramentos histórico-políticos e com características distintas”* (Branco e Ramos, 2001:5).

Em 1971, deu-se a promulgação do Decreto-Lei 413/71 – Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, que estabelece os fundamentos para o Serviço Nacional de Saúde, criando assim os designados Centros de Saúde de «primeira geração» (Ramos, 2008). Estes CS estavam associados ao que então se entendia por saúde pública (vigilância da grávida e do bebé, vacinação, vigilância de saúde

da mulher, saúde escolar e ambiental...), perduraram até à criação dos centros de saúde pós-SNS e tinham um perfil de atuação prioritariamente ligado à prevenção e ao acompanhamento de alguns grupos de risco. O tratamento da doença aguda e, de uma forma genérica, os cuidados ditos curativos, ocupavam um espaço diminuto no conjunto das suas atividades.

Durante alguns anos coexistiram dois estilos de práticas: uma prática de Saúde Comunitária, com objetivos de promoção da saúde e atuação programada por valências ou programas verticais, normalizados centralmente e com preocupações explícitas de qualidade nos processos, e uma prática de cuidados imediatos, de resposta à procura expressa dos doentes, traduzida em elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de enfermagem.

A «segunda geração» de Centros de Saúde teve início em 1983, após a publicação do Despacho Normativo nº 97/83. Integrou os primeiros centros de saúde com os numerosos postos dos ex-SMS, anteriormente designados por «caixas de previdência». Estes Centros de Saúde são entidades sem personalidade jurídica nem autonomia administrativa e financeira, dependentes de aparelhos administrativos que até então geriam os serviços médico-sociais: Administrações Regionais de Saúde e Sub-Regiões de Saúde.

Esta segunda geração de Centros de Saúde herdou das anteriores estruturas todos os recursos e património físico e humano e duas culturas organizacionais distintas, “ (...) *mais e melhores instalações e mais bem treinado pessoal, disseminado por todo o País, geraram um forte efeito equalizador na utilização dos cuidados de saúde e na melhoria da sua qualidade (...)*” (Campos, 2008:22), objetivos da implementação dos Centros de Saúde de segunda geração dando continuidade ao desenvolvimento do SNS.

Com o Decreto-Lei nº157/99 de 10 de Maio, foram criados os Centros de Saúde de «terceira geração», com vista à descentralização e a uma maior autonomia. Até 2001 desenvolveram-se estratégias de implementação para os Centros de Saúde de 3ª Geração, nunca concretizados, em parte devido às resistências especialmente das Sub-regiões que veriam o seu poder transferido para os próprios Centros de Saúde, uma vez que estes passariam a ter autonomia financeira e administrativa, organizados em equipas multiprofissionais e descentralizadas, dirigidos por uma direção técnica e clínica. Todavia, foi a partir de 2002 que se deu uma explosão legislativa no setor da saúde, com consequências

para os cuidados de saúde primários no que respeita ao Decreto-lei nº 60/2003 de 1 de Abril, que cria a Rede de Cuidados de Saúde Primários. Desde a publicação deste decreto, que nunca foi executado, até 2005, houve nova estagnação organizacional ao nível dos centros de saúde (Biscaia et al, 2005).

Os CS de «terceira geração» são mais acessíveis à população e por isso são o primeiro recurso a ser procurado. São caracterizados por terem integralidade que significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando a cuidar da pessoa, mas também a interagir com outros serviços de saúde. Também surgiu neste período os Projetos Alfa e o Regime Remuneratório Experimental, Decreto-lei nº 117/98 de 5 de Maio.

O projeto alfa iniciado nos anos (1996-1997) deu origem à criatividade, à ousadia inovadora e à tenacidade de pequenos grupos de profissionais permitindo criar novos modelos de trabalho em grupos e em equipas. A insatisfação dos utentes com o sistema de saúde, a insatisfação dos profissionais especialmente ao nível dos Centros de Saúde, a desadequação e vícios dos processos de administração pública são alguns dos fatores que tornaram urgente a inovação.

Estes projetos assentavam em dois princípios fundamentais: a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde, a constituição de uma equipa multiprofissional, com objetivos concretos, aceites livremente pela equipa proponente e acordados com a administração, e condições de instalação e equipamento adequados à prossecução do projeto. O objetivo do projeto era contribuir para melhorar a saúde e o bem-estar da população, assim como a qualidade dos cuidados, levando a uma maior efetividade e diminuição dos custos; por outro lado, iria contribuir para aumentar a satisfação e a motivação dos profissionais envolvidos (Ramos,2001).

Paralelamente foi lançado o debate sobre a descentralização da gestão das sub-regiões de saúde para os Centros de Saúde, combinada com a reorganização interna dos Centros de Saúde, associando a autonomia à responsabilidade dos profissionais na concretização das estratégias e dos objetivos comuns. Também aqui os projetos «Alfa» foram inspiradores, mesmo em condições adversas. A descentralização interna dos centros de saúde, combinada com competências para a coesão institucional gestionária e técnico-científica, visa articular autonomia com responsabilidade, num ambiente de rigor e de exigência, mas também de maior confiança. (Ramos, 2001).

Desde finais da década de 90 que a legislação referente ao funcionamento dos Centros de Saúde e à organização dos CSP tem vindo a ter sucessivas alterações, de onde se destaca o Decreto-Lei nº88/2005, de 3 de junho, que veio reestruturar o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde, dando especial ênfase às unidades de saúde familiar e, mais recentemente, o Decreto-Lei nº222/2007, de 29 de maio e o Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de fevereiro, que introduziram profundas alterações ao nível orgânico e funcional dos cuidados de saúde primários, de onde se destaca a extinção das sub-regiões de saúde e a criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACeS).

O grande objetivo dos CSP é a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos através de equipas multidisciplinares, em articulação constante com os cuidados de saúde diferenciados e a comunidade, e têm por finalidade alcançar *“um potencial de saúde para todos através da promoção e prestação da saúde dos indivíduos ao longo da vida e da redução da incidência e dos danos relativos às principais doenças e lesões assente numa estratégia fundamental que consiste no reforço dos CSP orientados para a comunidade e família”* (Castro, 2005:28).

A importância dos CSP tem sido alvo de debates no seio da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo consensual e cientificamente comprovado que os sistemas de saúde alicerçados nos CSP apresentam mais vantagens que aqueles que se baseiam nos cuidados hospitalares (Biscaia et al., 2006), permitem a obtenção de melhores resultados quanto à saúde da população, maior equidade, mais acessibilidade, maior continuidade dos cuidados, menos custos, melhor relação custo-efetividade e maior satisfação dos cidadãos (OMS 2008).

Atualmente os Cuidados de Saúde Primários são considerados como os cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias de uma comunidade, tendo como objetivo tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade englobando ações de promoção da saúde, de prevenção da doença, de prestação de cuidados, de reabilitação e também cuidados paliativos.

Estes cuidados têm contribuído para a melhoria do estado de saúde da população mundial. Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde, reafirma, no seu relatório “Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca”, que é necessário continuar a investir no reforço dos CSP e dos serviços públicos, como estratégia fundamental para garantir a universalidade, acessibilidade e equidade

dos cuidados de saúde. Existem compromissos internacionais, tais como, os Objetivos de Desenvolvimento para o Milénio (MDG) definindo uma estratégia de intervenção conjunta saúde, economia, social e política, no sentido de melhorar significativamente o estado de saúde e esperança de vida das populações e corrigir as iniquidades alarmantes que persistem neste mundo global em que vivemos.

É imperativo melhorar significativamente o estado de saúde e esperança de vida das populações. Continuar a investir no reforço dos CSP e dos serviços públicos, como estratégia fundamental para garantir a universalidade, acessibilidade e equidade dos cuidados de saúde, a todos, ao menor custo.

1.1- A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

Atualmente os governos procuram cada vez mais organizar os seus sistemas de saúde com vista a melhorar a sua equidade, eficiência, efetividade, solidariedade, justiça social e capacidade da resposta aos problemas do cidadão (Domingos, 2010). A importância dos cuidados de saúde primários tem sido alvo de inúmeros debates no seio da Organização Mundial de Saúde que no relatório de janeiro de 2004, considera que os sistemas de saúde, fortemente orientados para os Cuidados de Saúde Primários, obtêm melhores resultados em saúde para a população; maior equidade; mais acessibilidade; menos custos; melhor relação custo-efetividade e mais satisfação para os cidadãos, (Domingos, 2010).

A reforma veio proporcionar mudanças significativas a todos os níveis. Mudanças nos processos de trabalho dos profissionais, mudanças no acesso dos utentes aos serviços, mudanças organizacionais, bem como mudanças físicas. Todas estas mudanças irão ser abordadas de forma sequencial neste subcapítulo. A recente reforma dos CSP foi considerada pelo Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (GCR CSP, 2009) como um Acontecimento Extraordinário essencial na resposta de proximidade aos cidadãos, orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria de acessibilidade e equidade. Segundo o mesmo grupo, ao atingir a estabilidade na organização dos CSP, obter-se-á uma

gestão mais rigorosa, equilibrada, firmada nas necessidades das populações e, acima de tudo, na melhoria de acesso aos cuidados de saúde centrados no cidadão, família, grupos ou comunidade. Neste documento pode ler-se: “(...)a evidência existente, ainda que pontual e dispersa, aponta consistentemente para uma clara melhoria no acesso aos cuidados de saúde e uma acrescida satisfação por parte de todos os que têm uma intervenção neste projeto” (GCRCSP, 2009:3).

Os últimos anos têm trazido inúmeros desafios à saúde em Portugal, ao nível da generalização do acesso das populações a cuidados de saúde de qualidade, na tentativa da diminuição das assimetrias regionais, mas também, e cada vez mais, ao nível da eficiência e do controlo da despesa. Este equilíbrio, associado ao recente agravamento da conjuntura económica e social, exige um esforço adicional para a garantia da eficiência e eficácia do sistema de saúde.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 22 de Setembro de 2005, publicada em Diário da República a 12 de Outubro, criou na dependência direta do ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a natureza de estrutura de missão, para a condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar. Para Pisco (2007), o ponto de partida era um baixo nível de satisfação de todos os intervenientes, cidadãos, profissionais e decisores políticos, motivado pela baixa acessibilidade, ineficiência, barreiras burocráticas e falta de incentivos para melhorar a produtividade e a qualidade.

A Missão para os Cuidados de Saúde Primários esteve empenhada em demonstrar, aos cidadãos e aos profissionais de saúde, que a atual reforma constitui uma oportunidade ímpar de melhoria dos cuidados e das condições em que estes cuidados são prestados (Pisco 2009) e estabeleceu como grandes objetivos para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, com aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade e consequente aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços. Pretende-se também aumentar a satisfação dos profissionais criando boas condições de trabalho, melhorando a organização e recompensando as boas práticas (Pisco 2007).

A garantia da sustentabilidade desta reforma, a médio e a longo prazo, passa por manter um ritmo desejável de mudança com ajustes que ajudem a aumentar a

sua implementação, autonomia e que diversifiquem a oferta de CSP, assim como a edificação de uma cultura e práticas regulares de responsabilização, de avaliação e de transparência a todos os níveis. Segundo Pisco (2009) a reforma dos cuidados de saúde primários, que se insere no quadro mais vasto da reforma da administração pública, passa pela reconfiguração dos Centros de Saúde obedecendo a um duplo movimento:

- A constituição de pequenas unidades funcionais autónomas - as **USF** - prestadoras de cuidados de saúde à população, que proporcionarão maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por via de um modelo de contratualização interna;
- A criação de agrupamentos de Centros de Saúde,- os **ACeS** - promovendo a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população.

Em 2005 deu-se início à reorganização dos Centros de Saúde, com a criação das Unidades de Saúde Familiar. As USF's, pequenas unidades operativas dos CS com autonomia técnica e funcional, sem personalidade jurídica, mas com um novo modelo organizacional, leve e flexível para uma prestação de cuidados de saúde, aos indivíduos (mínimo de 4000 e máximo de 18.000) e às famílias, de maior proximidade e de elevado nível de qualidade, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem à população inscrita, uma carteira básica de serviços que obteve a aprovação conjunta da MCSP, das Equipas Regionais de Acompanhamento (ERA) e dos departamentos de contratualização de todas as Administrações Regionais de Saúde (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

A implementação de equipas multiprofissionais organizadas em unidades funcionais com missões específicas complementares entre si, visa constituir uma rede orgânica dinâmica que garanta a qualidade dos cuidados, que promova as melhores práticas e que faça da cultura profissional e científica e dos ganhos em saúde dos cidadãos, o modo orientador da atividade dos cuidados de saúde primários.

Esta reforma assentou em cinco vertentes essenciais, nomeadamente; uma rede descentralizada de equipas; concentração de recursos e partilha de serviços;

descentralização da gestão para o nível local; adoção da governação clínica; participação na comunidade. O trabalho em equipa é considerado um elemento estrutural desta reforma, tendo sido criadas, cinco tipos de equipas diferentes consoantes as necessidades de saúde a satisfazer. Estas equipas são constituídas pelas diferentes unidades funcionais dos centros de saúde:

As Unidades de Saúde Familiares (**USF**), centradas nos cuidados à pessoa e à família, prestam cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos à população inscrita nas listas de utentes dos médicos especialistas em medicina geral e familiar que integram a USF. A equipa é multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros e administrativos;

As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (**UCSP**) têm uma estrutura idêntica à prevista para as USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos. A equipa é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF;

A Unidade de Cuidados à Comunidade (**UCC**) presta cuidados de saúde e apoio psicológico/social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. A equipa é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos. O ACeS participa na rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) através da UCC, integrando as ECCI e a equipa coordenadora local ECL;

A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (**URAP**) presta serviços de consultoria e assistenciais às outras unidades funcionais do ACeS e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares. A equipa é composta por médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais;

A Unidade de Saúde Pública (**USP**) funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACeS em que se integra, competindo-lhe elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar no exercício das

funções de autoridade de saúde. A equipa é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária, técnicos de saúde ambiental e outros profissionais que sejam imprescindíveis nesta área. Estas Unidades complementam-se entre si, estão mais próximas dos cidadãos e assumem compromissos de acessibilidade e qualidade;

A **UAG**, designada de unidade de apoio à gestão, tem funções de planeamento e controle de gestão e funções administrativas e interface com serviços partilhados, exercendo: o planeamento e controle de gestão, a gestão orçamental de ACeS; a análise económica – financeira dos projetos de investimento; apoio à elaboração e avaliação do orçamento-programa das USF, e à creditação da qualidade e desenvolvimento organizacional do ACeS. Relativamente às funções administrativas, exerce funções de aprovisionamento, gestão de *stocks*, gestão administrativa de pessoal, contratação e processamento de vencimentos, tesouraria, expediente e serviço geral.

Segundo Pisco (2009), a reconfiguração dos Centros de Saúde e a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) têm o objetivo principal de dotar os atuais centros de saúde de um enquadramento organizacional e de estruturas de apoio que lhes permitam aumentar a qualidade dos serviços prestados, maximizando os recursos e preservando a sua identidade.

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários prosseguiu com a implementação dos ACeS. A 22 de Fevereiro de 2008 foi publicado o Decreto-Lei nº 28 que regulamenta a sua criação, definindo-os como serviços públicos, com autonomia administrativa, constituídos por diversas unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

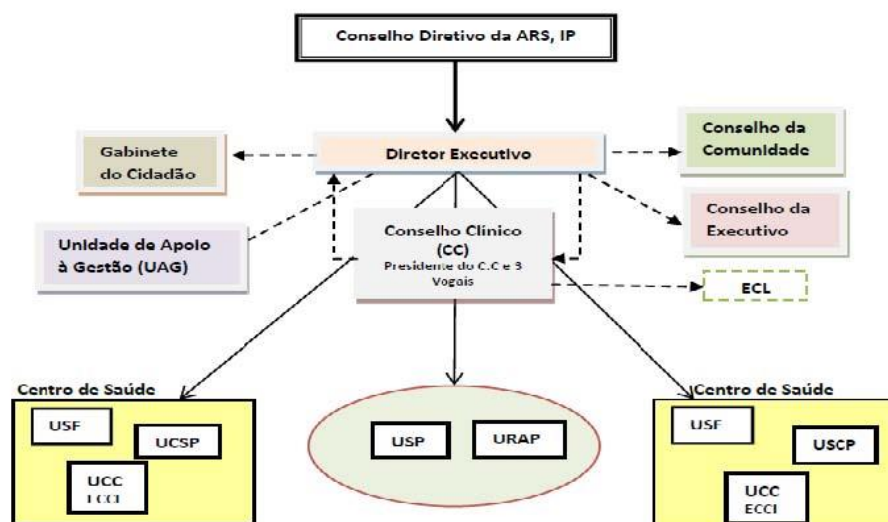
Com a criação dos ACeS, criaram-se novas perspetivas na condução de um serviço de saúde “(...) *como a efetividade clínica, a auditoria clínica, a gestão do risco, a satisfação dos utentes e o desenvolvimento de competências profissionais, implicando um esforço conjunto da equipa* (...)” (Biscaia, 2006:73).

Os ACeS são serviços descentralizados das administrações regionais de saúde estando sujeitos ao seu poder de direção. Para efeitos de gestão são celebrados contratos-programa entre o seu diretor executivo e o Conselho Diretivo da respetiva Administração Regional de Saúde, pelo qual se estabelecem,

qualitativa e quantitativamente, os objetivos do ACeS, os recursos afetos do seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respetiva execução. Este tipo de organização permitirá reduzir custos por via da racionalização de recursos, obter economias de escala através da agregação dos serviços dispersos pelas extintas sub-regiões de saúde, melhorar a qualidade dos serviços prestados através da passagem de uma lógica de tutela para uma lógica de prestação de serviços e otimizar os fluxos de informação, (MCSP 2006).

O GCRCSP (2009:26) considerou que os ACeS “(...) *não são um fim em si mesmo, mas essencialmente um conjunto de instrumentos como a governação clínica, destinados a assegurar para que a prestação de cuidados de saúde funcione bem e com qualidade*”. As unidades funcionais do ACeS podem ser específicas ou transversais aos centros de saúde que o integram. Em cada ACeS existe uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), unidades transversais aos diversos centros de saúde que integram o ACeS. Em cada centro de saúde funciona, pelo menos, uma Unidade de Saúde Familiar (USF) ou uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) ou serviços desta.

Figura Nº2 - Estrutura orgânica de um ACeS, bem como a disposição das Unidades Funcionais, dentro de um Agrupamento.



Fonte: Adaptado do Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, (2009)

LEGENDA:

ECL – Equipa Coordenadora Local;
 UAG – Unidade de Apoio à Gestão
 UCC – Unidade Cuidados à Comunidade;
 UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados;
 URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados;
 USF – Unidade de Saúde Familiar.
 USP- Unidade de Saúde Pública

Da análise da figura 2 relativa à estrutura orgânica dos ACeS podemos observar as principais características do seu modelo de governo do tipo horizontal (contrastando com as estruturas verticais, de que eram exemplo as extintas Sub-Regiões de Saúde) e, acima de tudo, constatar o corte radical em relação às anteriores formas de gestão dos centros de saúde e da generalidade dos cuidados de saúde primários.

Os órgãos do ACeS são: o **Diretor Executivo**, o **Conselho Executivo**, o **Conselho Clínico** e o **Conselho da Comunidade**. Sumariamente, o Diretor Executivo gere as atividades, os recursos humanos, financeiros e equipamento do ACeS. O Conselho Executivo tem como funções aprovar os planos plurianuais e anuais de atividades das várias unidades funcionais, com as respetivas dotações orçamentais. O Conselho Clínico tem como função avaliar a efetividade dos

cuidados prestados, conceber diretivas e instruções para o cumprimento de normas técnicas, fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade. O Conselho da Comunidade tem como funções dar parecer sobre os planos plurianuais e anuais de atividades do ACeS e acompanhar a execução dos planos de atividade. Por último, uma estrutura que representará grande importância no seio dos CS, bem como na intervenção do utente, será o Gabinete do Cidadão, que no fundo gere canais de comunicação dentro de cada CS (decreto lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro), (Carapeto 2009).

Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, havendo intercooperação com as restantes unidades funcionais do Centro de Saúde e do ACeS, de forma a melhorar os níveis de saúde e obter resultados em termos de efetividade com equidade e qualidade, com o objetivo da capacitação, satisfação, bem-estar e autonomia do indivíduo, grupo ou comunidade, ou seja, tendo por base os princípios da Governação Clínica e de Saúde (GCS).

O **Conselho Executivo** (órgão de administração) é constituído pelo Diretor Executivo, pelo Presidente do Conselho Clínico e pelo Presidente do Conselho da Comunidade. Estando assim, o representante da comunidade (pelo presidente do conselho da comunidade) no centro do modelo de governo. Este conselho conforme estipulado no decreto-lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro, é composto por um conjunto de elementos a designar: Um representante de cada Município abrangido pelo ACeS; um representante do Centro Distrital de Segurança Social; um representante das Escolas ou do Agrupamento de Escolas; um representante das Instituições particulares de Solidariedade Social; um representante da associação de utentes do ACeS; um representante das Associações Sindicais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social; um representante das Associações de Empregadores com assento na Comissão Permanente de Concertação Social; um representante do Hospital de referência; um representante das Equipas de Voluntariado Social; um representante da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

O **Conselho Clínico** é constituído por um Presidente e três Vogais. O Presidente deverá ser um Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar, com pelo menos, o grau de consultor e experiência efetiva na especialidade. Um dos vogais deverá ser Médico da Especialidade em Saúde Pública, outro dos vogais

será um Enfermeiro com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista com experiência em CSP. Por ultimo um vogal que será um profissional designado de entre os profissionais de saúde do ACeS.

Os CS estão atualmente preparados para dar resposta, *"(...) interagir com uma complexa rede que se estende à sociedade a tudo e a todos (...)"* (Ferrão e Biscaia, 2006:91), numa relação de horizontalidade. Opinião que é também subscrita por Ramos (2009), ao afirmar que este momento da reforma representa a criação de órgãos próprios de gestão e a reorganização profunda dos CS, em que *"o modelo hierárquico de comando e controlo vertical seria progressivamente substituído por uma rede de equipas autónomas com relações de contratualidade interna, num quadro explícito de responsabilidades por processos e por resultados a todos os níveis"* (Domingos 2010:30).

A contratualização consubstancia-se, numa primeira fase, na negociação de um conjunto de objetivos associados ao desempenho das unidades, resultando daí um compromisso entre ambas as partes - administração em saúde e prestadores de cuidados de saúde, (Beja 2010). Outro conceito relevante nesta nova reforma, foi a Governação Clínica. Consiste num sistema através do qual as organizações são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e a garantia de elevados padrões de atendimento, criando um ambiente de excelência de cuidados clínicos. *"A boa governação na saúde significa considerar um conjunto de boas práticas que definem as regras do jogo relativamente à tomada de decisão, à implementação de soluções, à sua avaliação e monitorização e, consequentemente, à correção no caso de eventuais desvios"*, (Ferreira e Raposo 2006:287). Implicitamente, estamos a falar da capacidade de implementar mudanças efetivas que permitam melhorar o sistema de saúde, respondendo às reais necessidades dos seus utilizadores e garantindo princípio de equidade e de igualdade.

A atividade das unidades funcionais do ACeS como um todo, requerem métodos de governação clínica que mantenham uma visão clara e precisa dos objetivos a atingir, um caminho bem definido, com instrumentos de que propiciem a melhoria contínua dos seus processos assistenciais e de saúde, procedimentos e práticas, orientados para os objetivos e finalidades a atingir. Deste modo será possível gerar e manter um sentido de missão, motivação para o envolvimento e

empenho dos profissionais e, conseqüentemente, para a sua satisfação, qualidade de desempenho e resultados.

Prevê-se que o decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro possa, finalmente, dar estabilidade à organização da prestação de Cuidados de Saúde Primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações e, acima de tudo, prevê-se a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poderem alcançar maiores ganhos de saúde. A reforma da saúde é na atualidade um dos mais relevantes processos de mudança a decorrer no nosso país que, continuando a ser bem-sucedida, proporcionará importantes benefícios para a saúde e para a qualidade de vida e bem-estar dos portugueses, bem como uma maior realização e satisfação de todos os profissionais de Saúde.

Pretende-se otimizar as competências dos diferentes profissionais alocados a cada UF, potenciar a autonomia, responsabilizar e inter-cooperar com as equipas, promover a co-responsabilidade dos profissionais pela qualidade e adequação dos cuidados que executam em tempo útil e com menor custo. De inovador temos a governação clínica e a contratualização. As alterações organizacionais e as mudanças no trabalho das equipas de saúde causaram alguma incerteza e instabilidade, pelo que é importante estudar a satisfação profissional e a sua relação com a qualidade dos cuidados. O trabalho em equipa foi um aspeto relevante nesta reforma onde todos têm um contributo importante na prestação de cuidados com qualidade. Ressalta desta reforma uma forte orientação para a obtenção de ganhos em saúde, com conseqüente melhoria de acessibilidade e equidade para todos.

2 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Neste trabalho, a satisfação assume uma posição relevante pelo que importa fazer uma abordagem sobre o que se entende por satisfação no trabalho, satisfação profissional dos enfermeiros, que fatores a influenciam e quais as principais posições teóricas sobre esta matéria.

Os modelos das teorias de gestão clássicas apresentam uma forma de gerir as organizações dum ponto de vista racional com regras e supervisão. Para estas teorias gerir para o sucesso envolve supervisão de processos, métodos, regras e controlo interno da organização (Camara, Guerra e Rodrigues 2010). A teoria das Relações Humanas enfatiza que, *“o fator humano é objeto e sujeito de um conjunto significativo de motivações circunscritas a uma função social de participação e satisfação no trabalho”*, (Ferreira, Neves e Caetano 2011:54). A teoria das relações humanas propõe uma forma de gerir as organizações contrapondo a elevada racionalidade das teorias clássicas, sugerindo um modelo de gestão das organizações com maior relevância na dimensão emocional do profissional, na importância das motivações intrínsecas com enfoque no trabalho grupal, na liderança e nas relações interpessoais.

O trabalho é um dos aspetos mais importantes na vida de uma pessoa e a forma como ele é executado e organizado, gera resultados que podem ou não suprir as suas necessidades, desenvolvendo sentimentos de satisfação ou de insatisfação. Sabendo que a atividade profissional assume uma dimensão significativa para a maioria dos indivíduos, é importante que sejam criadas condições capazes de gerar satisfação, para que o trabalhador se sinta motivado e seja eficiente.

O trabalho tem vindo a adquirir uma importância crescente na vida do indivíduo, deixando de ser unicamente um meio de sobrevivência, para se assumir como um meio de realização, o que levou Rodrigues (2011:16), a afirmar que " (...)

para um número cada vez maior de indivíduos, não é apenas um meio de garantir o ganho económico e a sobrevivência, mas cada vez mais um espaço de realização e expressão individual, entre outros espaços como o do lazer, da família “.

Para Carvalho (2006), citado por Rodrigues (2011:27), *“a satisfação do trabalhador torna-se um indicador de qualidade da prestação de serviço, uma vez que, quando este está satisfeito está mais envolvido e comprometido com a instituição onde trabalha”.*

Existem trabalhos desenvolvidos por autores portugueses, que investigaram este tema e traçaram um perfil da satisfação dos profissionais de saúde, englobando, aqui, os enfermeiros. São exemplo disso os trabalhos desenvolvidos em contexto de CSP por Biscaia, *et al.* (2007) e por Graça (2009), citados por Rodrigues (2011).

A satisfação profissional adquire especial destaque no âmbito da Enfermagem, na medida em que o bem-estar e a qualidade de vida no trabalho, são fatores que influenciam diretamente ora de forma negativa ora de forma positiva, a perceção de aspetos relacionados com a profissão e a qualidade dos cuidados, (Moura 2012).

Os enfermeiros são profissionais que existem para cuidar dos cidadãos e as organizações devem, por princípio, satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenho destes em prol da qualidade, (OE 2002).

Para Soares (2007), o indivíduo satisfeito encontra-se com maior capacidade de resposta face às solicitações do meio envolvente. A satisfação e as suas diversas dimensões têm sido reconhecidas como parte integrante dos cuidados com repercussões, nomeadamente, nos resultados em saúde. Como tal, constitui um indicador de qualidade dos serviços.

Um enfermeiro satisfeito no e com o seu trabalho é um indivíduo mais calmo, emocionalmente mais estável, estabelece relações interpessoais mais positivas, mais saudáveis e fisicamente sente-se mais equilibrado. Resultando daqui dois tipos de ganhos, um importante ganho ao nível da qualidade de vida do enfermeiro e outro ao nível da qualidade dos cuidados prestados aos doentes, (Batista et al., 2005, citado por Moura, 2012).

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, ferramenta condutora para a melhoria dos cuidados de saúde, também dá importância a este tema, propondo, enquanto um dos seus objetivos estratégicos, a obtenção de ganhos em saúde, centrando a mudança não apenas no cidadão mas, também, nos profissionais, capacitando o sistema de saúde para a inovação e garantindo os mecanismos adequados à sua execução, através da cativação adequada de recursos. No âmbito das orientações estratégicas e intervenções necessárias para a Qualidade em Saúde prevê apoiar, de forma sustentada, a avaliação do grau de satisfação dos profissionais dos serviços de saúde.

A preocupação dos governantes com a satisfação profissional está refletida na Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de Agosto, considerada como um dos critérios da avaliação periódica do Serviço Nacional de Saúde, paralelamente à satisfação dos utentes, à qualidade dos cuidados e à razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios. Cerdeira (2009:11) baseando-se na Lei n.º 48/90, refere que *“A avaliação da satisfação dos profissionais é, cada vez mais, um imperativo para qualquer organização de saúde, sendo um elemento fundamental para avaliar a qualidade das instituições, e na avaliação do desempenho dos profissionais”*.

O tema sobre satisfação profissional tem despertado o interesse de diversos teóricos e investigadores, mas foi com Locke (1976) citado por Brandão (2012) que foi definida como sendo um estado emocionalmente positivo ou de prazer, resultante da avaliação do trabalho ou das experiências proporcionadas pelo mesmo, em relação aos valores do indivíduo. Para ele, a satisfação é um estado emocional positivo ou agradável, que resulta da avaliação que o indivíduo faz do seu trabalho ou de experiências do trabalho. Fez referência a três principais abordagens sobre as causas de determinadas atitudes no trabalho: as atitudes podem derivar de discrepâncias causadas pelo trabalho e aquilo que o profissional espera dele, do grau em que o trabalho corresponde às necessidades individuais, ou do valor que cada indivíduo deseja, é cumprido. O mesmo autor considera que a natureza atitudinal da satisfação implica que um indivíduo tem tendência a permanecer no trabalho se este lhe causar satisfação e a evitar ou mesmo desistir se lhe causar insatisfação.

Paralelamente, Spector (2006) define a satisfação profissional como sendo uma variável atitudinal que demonstra como as pessoas se sentem em relação ao

trabalho e ao ambiente onde trabalham. Vários autores, como (Fraser, 1983, Martinez et al 2004; Graça, 1999; Lino, 1999; 2004; Angerami, Gomes e Mendes, 2000; André e Neves, 2001; Martinez, Paraguay e Latorre, 2004; Santos, Braga e Fernandes, 2007; Gonçalves, 2007), consideram que uma pessoa satisfeita é mais produtiva, e neste sentido, a prestação de cuidados de qualidade pressupõe profissionais satisfeitos.

Teixeira (2005) salienta que a satisfação no trabalho será de entre as inúmeras variáveis atitudinais relacionadas com o trabalho, a de maior relevância na atualidade. Esta temática é tanto mais importante se for tida em consideração que na fase de mudança que as organizações de saúde atravessam, é sobretudo necessário atingir a satisfação no trabalho de forma integrada, de modo a que as expectativas geradas não saiam frustradas por necessidades não satisfeitas.

A satisfação associa-se à esfera individual do trabalhador (ao seu bem-estar físico e emocional, e à qualidade de vida) e à esfera organizacional. É de especial importância no campo de enfermagem, pois bem-estar e qualidade de vida no trabalho são fatores que influenciam direta, positiva ou negativamente, a qualidade da assistência de enfermagem e a percepção de aspetos relacionados à profissão (Lima e Mesquitela, 1996).

Para Ferreira e Sousa (2006), a satisfação profissional dos enfermeiros é condicionada por diversos fatores, nomeadamente: escassa autonomia dos profissionais; indefinição das tarefas; elevada pressão a que estão submetidos; sobrecarga de trabalho; falta de apoio do supervisor; poucas expectativas de carreira e desenvolvimento profissional; deficiente reconhecimento pessoal e profissional e a ausência da melhoria dos cuidados de saúde prestados. Por tudo isto os autores salientam que a enfermagem é considerada uma profissão de alto risco devido ao desgaste físico e emocional a que os enfermeiros estão sujeitos, provocando nestes profissionais alguma insatisfação, a qual poderá causar manifestações físicas e comportamentais condicionando, assim, o seu bem-estar e, consequentemente, a qualidade dos cuidados prestados.

A satisfação em enfermagem tem merecido por parte dos responsáveis uma maior atenção, para planear medidas corretivas com o objetivo de atenuar os fatores causais de insatisfação, (Fonseca 1998, cit. por Ferreira, 2005).

Dos conceitos anteriormente apresentados, constata-se que a satisfação profissional é um fenómeno complexo. Segundo a opinião de vários especialistas, a satisfação profissional é apresentada como um sentimento e forma de estar perante a profissão (Ferreira 2011), que podem traduzir insatisfação. As dimensões da satisfação têm sido reconhecidas como elemento condicionador dos cuidados, com implicações nos resultados de saúde.

Historicamente, a satisfação profissional tem sido alvo de várias abordagens ao longo dos últimos anos, cujo começo remonta ao início do século XX. Foram vários os autores a contribuir com novas perspectivas teóricas, tais como Taylor (1911), que gera o modelo taylorista, no qual era feita uma estreita associação entre satisfação laboral e produtividade. Para Taylor, um operário satisfeito seria um operário mais produtivo. O rendimento da empresa dependia, essencialmente, da qualidade de dinheiro ganho pelos trabalhadores e da possibilidade de aquisição de determinados bens, porque é relacionada à produtividade da empresa e à realização pessoal dos empregados, (Santos *et al.* 2006).

Mais tarde, Maslow (1954) citado por Lucas (2010) vem afirmar que a satisfação laboral de um indivíduo decorre da resposta que este obtém em relação às suas necessidades. Este modelo de *satisfação de necessidades* refere que o comportamento humano, num dado momento, é determinado pela necessidade que é percebida como mais forte, ou seja, de satisfação mais premente. Haveria uma hierarquia de necessidades humanas, em forma de pirâmide, e são estas necessidades que motivam o trabalhador a progredir, de uma escala mais baixa (por ex., necessidades básicas) para uma escala mais alta (por ex, necessidade de auto-realização).

Por sua vez Herzberg (1959), citado por Castro (2011:159), vem afirmar “*que a satisfação de necessidades básicas não é fonte de motivação, mas sim de movimento*”. Para este autor, a única forma de fazer com que o indivíduo sentisse vontade própria de realizar a tarefa seria proporcionando-lhe satisfação no trabalho. Em outras palavras, a motivação aconteceria apenas através dos fatores *motivadores* (intrínsecos) e não dos fatores *higiénicos* (extrínsecos). Em 1964, Victor Vroom apresenta a sua *teoria da expectativa*. Segundo este modelo “*(...)um empregado estará motivado a empregar um alto nível de esforço quando acreditar que o esforço levará a uma boa avaliação de desempenho, que uma boa avaliação*

de desempenho levará a recompensas, e que as recompensas satisfarão as metas pessoais do empregado.” (Robbins, 1999 cit in Castro et al. 2011:160).

Só nos finais desse século, a satisfação no trabalho conseguiu a implantação e a importância que agora lhe é atribuída. Hoje, é uma ferramenta importante de gestão de recursos humanos (Cerdeira, 2010).

Duma forma geral, a satisfação no trabalho resulta da avaliação periódica que cada um de nós faz, de forma empírica, acerca do grau de realização dos seus valores, das suas necessidades, preferências e expectativas profissionais, é perceber ou sentir que aquilo que recebe em contexto de trabalho (dinheiro, segurança no emprego, condições de trabalho, conforto, bem-estar, amizade dos colegas, apreço dos utentes, autonomia no trabalho, oportunidades de formação contínua, desenvolvimento e reconhecimento de um projeto profissional) é o esperado face às suas expectativas. Desta forma torna-se imperativo a realização de estudos de investigação no âmbito desta temática, considerando que é uma forte componente significativa em ambiente organizacional e como indicador de gestão.

2.1 - A Importância da Avaliação da Satisfação Profissional

Os recursos humanos são, em todas as organizações, um fator da maior importância para o seu desenvolvimento e sustentabilidade porque, na verdade, as Pessoas são o mais relevante recurso de que dispõem. Cada pessoa é diferente, com vidas e existências diferentes, sendo que cada gestor tem necessariamente de conhecer os seus profissionais para melhor gerir e compreender os seus comportamentos, quer profissionais, quer pessoais, e fazer uma leitura correta das suas motivações e satisfações. A missão e objetivos da função da gestão dos recursos humanos têm evoluído com as alterações sucessivas da envolvente e da estrutura da instituição de saúde. *“Hoje, o enfoque centra-se no apoio aos seus clientes internos como forma facilitadora, e com a aquisição de técnicas e*

instrumentos adequados que os auxiliem a conseguirem elevados índices de motivação e satisfação para o trabalho” (Camara, Guerra e Rodrigues, 2010:53).

No contexto atual de mudanças aceleradas a todos os níveis, o sucesso empresarial obriga as organizações a um grande esforço de adaptação. As estruturas fortemente hierarquizadas, herdadas do passado, vão sendo substituídas por organizações flexíveis. *“A tomada de decisão no topo da pirâmide organizacional está a ser substituída pela delegação de competências e atribuição do poder decisório às equipas que realizam o trabalho e estão mais próximas dos clientes” (Camara, Guerra e Rodrigues 2010:52).*

O desenvolvimento das tecnologias de informação e particularmente a internet fazem emergir novas formas de relacionamento nas empresas/instituições, obrigando à introdução de novos sistemas de funcionamento das organizações, modificando as relações e os hábitos de trabalho tradicionais. A enfermagem tem estado na linha da frente no que respeita às tecnologias de informação e comunicação em saúde, pois tal como refere Jesus e Sousa (2011:239): *“Nas duas últimas décadas temos vindo a assistir em Portugal e a nível internacional, a um, grande movimento de reengenharia e desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde, para o qual os enfermeiros têm dado um contributo extremamente relevante”.*

Em termos genéricos, a satisfação profissional é um relevante indicador do clima organizacional e, mais do que isso, um elemento determinante da avaliação do desempenho das empresas e demais organizações, (Graça e Sá 1999). Esta afirmação é corroborada por Carapeto e Fonseca (2006) e Camara, Guerra e Rodrigues (2010), que se referem à motivação como um elemento decisivo da avaliação da qualidade das instituições, a par da satisfação dos clientes. Em todo o caso, a relação entre a satisfação e os resultados do desempenho individual e organizacional não é direta. Segundo Graça (2000) citado por Rodrigues (2011:17),

“(...) a satisfação profissional é o resultado da avaliação regular que cada um de nós faz do nível de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais, sendo influenciada por algumas variáveis sociodemográficas (profissão, antiguidade, cargo ou função) e certos comportamentos (desempenho, rotação do pessoal, stress)(...)”.

Tal como a organização deve estar orientada para os cidadãos/clientes, a função da gestão de recursos humanos deve estar orientada para as pessoas que trabalham na instituição, pelo que lhe cabe medir a satisfação dos profissionais. A

qualidade dos serviços prestados por uma organização depende da satisfação dos cidadãos/clientes enquanto a qualidade do desempenho dos dirigentes ou coordenadores gestores depende da satisfação dos profissionais.

A medição da satisfação do pessoal é realizada através de questionários de autopreenchimento, eles servem para calcular um índice global de satisfação, como refere Brilman (1998) cit in Carapeto e Fonseca (2006: 253),

“Associados à satisfação do pessoal estão, em regra, a realização das capacidades dos colaboradores o reconhecimento das suas capacidades, a natureza do trabalho, as responsabilidades e a promoção. Associados à insatisfação estão, em regra, os salários, as relações entre colegas, as condições de trabalho, as relações com os superiores e a política da organização.”

A importância dos estudos sobre satisfação parte do pressuposto que esta variável influencia o desempenho do trabalhador e pode influenciar diversas facetas do comportamento, que vão desde a esfera profissional até à social interferindo mesmo, com a saúde mental do próprio indivíduo. Parece compreensível que, em virtude das exigências próprias do tipo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, como refere Horta (2012) na sua teoria de enfermagem assente em três bases: Ser enfermeiro (gente que cuida de gente); Ser cliente/paciente (indivíduo, família, comunidade); Ser enfermagem (comprometimento, compromisso). Conhecendo as características inerentes ao seu trabalho o profissional possivelmente terá melhores condições físicas e mentais para garantir e acrescentar qualidade a essa assistência, se estiver satisfeito com seu trabalho.

Nos últimos anos, a satisfação em serviços de saúde tem sido uma prioridade para gestores e profissionais de saúde, tendo-se tornado uma das áreas prioritárias na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde (Franco, 2006).

Fruto da sua importância, a avaliação da satisfação profissional, tem sido debatida a nível de vários organismos, destacando-se a Organização Internacional do Trabalho, a OMS, o Conselho Internacional de Enfermeiros e a Ordem dos Enfermeiros, entre outras.

Em Portugal, a satisfação profissional está determinada na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), revogada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, conforme já referido. Vários têm sido os estudos neste âmbito, são exemplo disso: Andrade (2001); Cura et al (1999); Martins (2003) Tavares (2008); Pereira (2010) Fontes (2009).

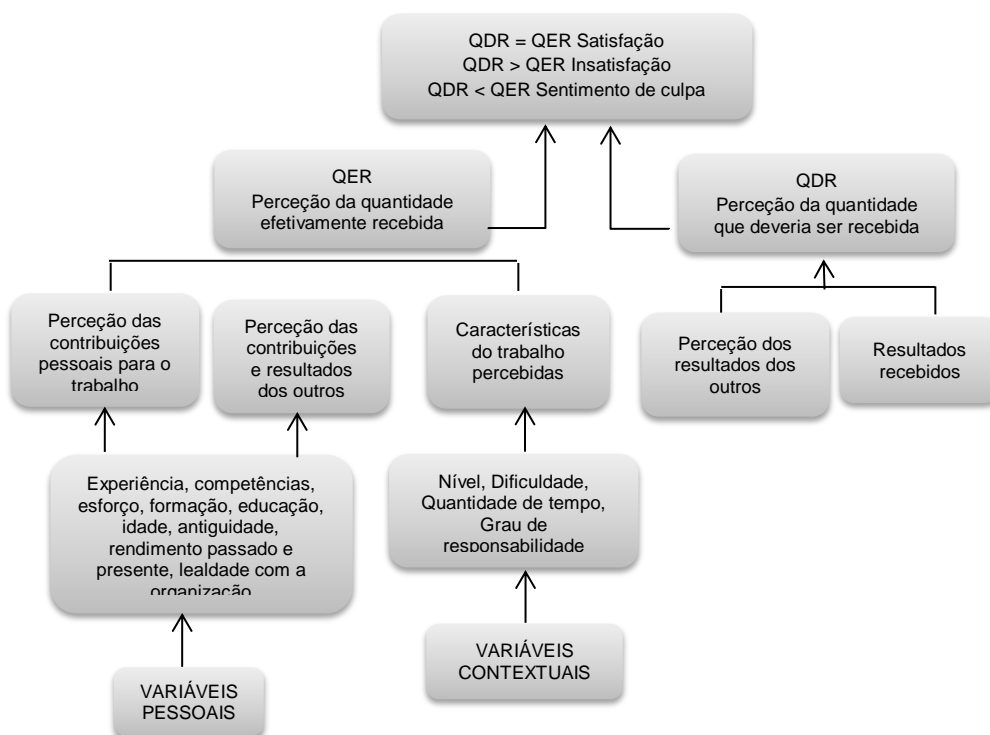
A avaliação da satisfação profissional é um indicador de gestão, pois permite que as organizações identifiquem problemas nos serviços de saúde, contribuindo para tomadas de decisões sólidas tanto na prevenção como na resolução dos problemas dos profissionais e ainda permite monitorizar, compreender e gerir as atitudes dos mesmos. Estas atitudes desenvolvem-se em consequência dos sentimentos de equidade ou de iniquidade em relação ao sistema de recompensas, ao tratamento concedido pelos supervisores, ao ambiente ou clima organizacional, bem como relativamente a muitas outras dimensões relativas ao trabalho e ao seu contexto. Em enfermagem a satisfação profissional torna-se de crucial importância pois reflete como os enfermeiros se sentem em relação à sua vida em contexto de trabalho, tendo enquadramento legal, (Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de Agosto), no nosso país.

O gestor em enfermagem, nomeadamente o enfermeiro vogal do conselho clínico através do conhecimento dos níveis de satisfação dos profissionais do ACeS poderá fundamentar a sua tomada de decisão, crucial para a dinâmica e desenvolvimento da organização, numa atitude racional, por forma a organizar, e centrar a criatividade, contribuindo para valorizar da profissão, à qual se adicionam as competências do enfermeiro gestor, os conhecimentos, as habilidades e as atitudes. Na sinergia destas competências resulta o culminar de todas as ideias e tarefas que se tornam fundamentais para a enfermagem direcionando-a para a excelência dos cuidados de saúde.

2.2 - Fatores que Influenciam a Satisfação Profissional

De acordo com Lawler, o que o indivíduo acredita que merece receber resulta de um processo de comparação das suas qualificações e contribuições e dos requisitos da função. A comparação que é proposta por este modelo prevê três possíveis situações: satisfação, insatisfação ou sentimento de culpa.

Figura Nº3 - Modelo da satisfação de facetas: determinantes da satisfação (adaptado de Lawler, 1973).



Fonte: Adaptado do Modelo dos determinantes da satisfação de Lawler (1973) cit in Ferreira (2011).

A figura Nº3 identifica o modelo dos determinantes da satisfação de Lawler (1973), onde é possível constatar que os dois fatores que conduzem à satisfação ou insatisfação no trabalho, são a percepção da quantidade que deveria ser recebida (QDR), isto é, as recompensas esperadas e pela percepção da quantidade efetivamente recebida (QER), ou seja, as recompensas recebidas.

Verifica-se que as recompensas esperadas derivam da percepção das contribuições individuais para o trabalho, da percepção das contribuições e dos resultados dos colegas, e das características do trabalho percebidas.

A percepção das contribuições individuais e a percepção das contribuições e dos resultados dos outros resultam de características individuais como, por exemplo: a experiência, as competências, o esforço, a formação, a idade e a antiguidade.

A percepção das características do trabalho resulta do nível, da dificuldade, da quantidade de tempo e do grau de responsabilidade inerentes à função. Observa-

se que a percepção da quantidade recebida advém da percepção dos resultados dos outros e dos resultados efetivamente recebidos pelo próprio indivíduo.

“Ao comparar-se a percepção da quantidade que deveria ser recebida (QDR) com a percepção da quantidade efetivamente recebida (QER) chegamos a uma das três situações: a satisfação ocorre se $QDR=QER$; insatisfação se $QDR>QER$; e sentimento de culpa se $QDR<QER$. Assim, constata-se que a discrepância ou a sua ausência, para além de depender de um processo de comparação intrapessoal, resulta também de um processo de comparação social com outros indivíduos que, de algum modo, interagem no contexto de trabalho (por exemplo, colegas de trabalho). Outro dado relevante e sustentado por este modelo $QDR<QER$, é o fato de se chegar a uma situação de iniquidade e não de insatisfação no trabalho (Ferreira, 2011:334).

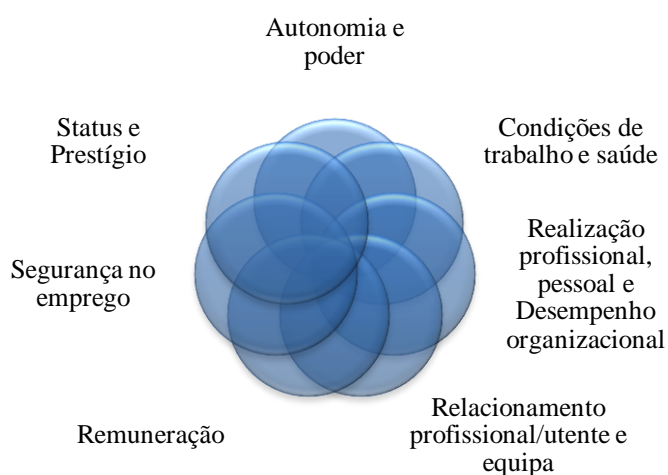
Ao abordar a satisfação baseada no conceito da discrepância, é fundamental não esquecer outros autores como Locke (1969) ou Porter (1961) cit in Rodrigues (2011), que definem a satisfação com base na congruência que existe entre os valores e as necessidades individuais e aquilo que pode ser alcançado através do desempenho de uma função. Para Locke a satisfação profissional tem por base três elementos primordiais, sendo eles, a satisfação com as dimensões do trabalho, a descrição dessas dimensões e a sua relevância para o indivíduo, atingindo-se a satisfação almejada através da congruência entre o valor atribuído a cada uma dessas dimensões e o nível alcançado e ambicionado.

“Quanto à teoria de Porter esta diferencia-se da abordagem da discrepância de Locke, quando define a satisfação a partir daquilo que a pessoa sente que deve receber e não por aquilo que a pessoa quer receber” (Rodrigues, 2011:19). Quando existe uma grande diferença entre aquilo que o trabalhador espera obter (expectativas) e aquilo que acaba por conseguir (os resultados ou recompensas), naturalmente fica insatisfeito e desmotivado para novas tarefas. Neste sentido, quanto maiores forem as expectativas pessoais em relação ao trabalho (desenvolvimento pessoal, independência de espírito e ação), mais a insatisfação assume fortes consequências, de entre as quais se salienta o absentismo (Michel, 1992, citado por Fontes, 2009).

“Alguns autores, como Graça (1999), Cavnagh (1992) apud Martinez et al (2004), pensaram ser possível construir um índice de satisfação global no trabalho, mas numa análise mais profunda sobre o trabalho, concluíram que são vários os fatores que influenciam a satisfação e que esses mesmos variam de indivíduo para indivíduo” (Fontes, 2009:33). Graça (1999) operacionaliza a satisfação profissional em sete dimensões: autonomia e poder; condições de trabalho e saúde; realização profissional, pessoal e desempenho organizacional; relacionamento

profissional/utente e equipa, remuneração; segurança no emprego; *status* e prestígio. “As dimensões interagem entre si, mas também têm um espaço próprio, sendo que cada pessoa movimenta de forma única estas dimensões” (Fontes, 2009:33). Apresenta-se uma breve descrição de cada uma delas segundo o autor.

Figura Nº4 - Dimensões da Satisfação Profissional operacionalizada



Fonte: adaptação das dimensões da Satisfação profissional de Graça (1999), cit in Fontes (2009).

Graça (1999) descreve a dimensão autonomia e poder, como a margem de poder e de liberdade que o Enfermeiro tem no exercício das suas funções, dentro dos constrangimentos impostos pela especificidade da prestação de cuidados de saúde, da organização e do sistema de saúde onde se está inserido.

A Condição de trabalho e saúde para Graça (1999) é a dimensão que inclui, o ambiente físico e psicossocial de trabalho com implicações na saúde, segurança e bem-estar físico, mental e social dos enfermeiros; A existência de serviços, programas e atividades orientadas não só para a prevenção dos riscos profissionais bem como para a vigilância e a promoção da saúde.

A Realização profissional, pessoal e desempenho organizacional é a dimensão que se caracteriza pela concretização das possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional. Decorre em grande medida das oportunidades e desafios colocados pela organização onde se trabalha, da profissão que se tem, do conteúdo do trabalho, entre outros.

Graça (1999) caracteriza o Relacionamento profissional/utente e equipa; como o conjunto de interações humanas estabelecidas entre o Enfermeiro e os utentes (indivíduos e famílias), como a relação decorrente da prestação de cuidados.

Considerando-se a organização como um local privilegiado de interação social, e de construção de pensamentos pelos grupos que as integram. Desta forma, a satisfação profissional aparece enquanto construção social e está relacionada com o tipo de cultura organizacional que o sujeito partilha.

A remuneração é considerada a dimensão das recompensas extrínsecas com expressão pecuniária, direta (em espécie ou numerário) ou indireta (em géneros) que o Enfermeiro recebe pelas funções que exerce no SNS, incluindo o vencimento base e outras remunerações complementares. Inclui a perceção da equidade dessas recompensas em função do nível de desempenho, do grau de qualificação, das condições de vida e de trabalho, entre outros.

Segurança no emprego é tida pelo autor como a dimensão que garante a estabilidade em relação à função/cargo que atualmente desempenha o Enfermeiro, e em relação ao futuro do SNS, da sua carreira profissional. Os contextos de trabalho não conseguem ser dissociados dos contextos políticos e económicos, contextos esses que na maioria dos casos são extremamente vinculativos para as condições de trabalho.

Status e Prestígio é a dimensão que decorre da profissão, da carreira profissional e da organização onde se trabalha, inclui a autoestima e autoconfiança no seu desempenho.

Graça (1999) considera que a satisfação no trabalho corresponde ao resultado da avaliação que cada trabalhador faz, relativamente ao grau de realização das suas necessidades, preferências e expectativas profissionais. Na sua essência, será a perceção da pessoa relativamente aquilo que afeere (sucesso, dinheiro, segurança, amizade, prestígio, autonomia laboral, oportunidades, reconhecimento, construção de carreira, entre outros) como sendo justo ou estando de acordo com aquilo que esperava obter, comparativamente a outro/s em situação idêntica e em função do investimento efetuado.

Podemos considerar que a satisfação profissional é a função da discrepância entre expectativas e resultados. A satisfação ocorre quando os resultados igualam

ou são superiores às expectativas. Quando a atitude para com o trabalho é diversificada, importa conhecer os fatores que influenciam a satisfação profissional, bem como o porquê de indivíduos, nas mesmas condições, terem níveis de motivação e desempenho diferentes. Mediante a literatura consultada, apercebemo-nos que existe um quadro vasto, complexo e multifacetado em relação aos seus determinantes. Contudo, sabe-se que a maior ou menor força de cada um destes fatores advém da interligação entre eles e não tanto da atuação isolada dos mesmos.

No âmbito do estudo da satisfação profissional e atendendo ao instrumento que foi selecionado (escala de satisfação profissional de Graça, 1999), é pertinente abordá-lo à luz do modelo da satisfação de facetas de Lawler, (1973) citado por Ferreira (2011). Este modelo considera que a satisfação resulta do grau de discrepância entre o que o indivíduo pensa que deverá receber e o que efetivamente recebe. De acordo com a teoria da discrepância de Locke (1969,1984) citado por Ferreira (2011:332) *“a satisfação no trabalho resulta da existência de uma congruência entre os valores e as necessidades individuais, e os valores que podem ser alcançados através do desempenho de uma função”*.

Além das dimensões estudadas por Graça, existem alguns fatores que interferem na satisfação dos indivíduos relativamente ao seu trabalho, podendo ser referidos como fatores físicos, sociológicos e psicológicos sem deixar de considerar os aspetos tecnológicos da organização do próprio trabalho, que, em conjunto, afetam a cultura e interferem no clima organizacional com reflexos na produtividade e na satisfação dos trabalhadores.

Desde os primórdios da humanidade, a liderança ocupou de uma forma consciente ou inconsciente lugar na vida do ser humano. Tendo em conta os desafios que uma sociedade, em constante mutação, coloca à gestão das organizações na atualidade, é importante que estas sejam dotadas de bons líderes.

A liderança ocorre sempre que alguém procura dirigir e influenciar o comportamento de um indivíduo ou grupo, qualquer que seja a sua finalidade. Compreende compromisso, empatia, agilidade, respeito, comunicação, responsabilidade, habilidades na tomada de decisão, envolvendo a realização de objetivos com e através de pessoas.

Na saúde a mudança na dinâmica das organizações torna-se imperiosa. A liderança é, pois, um aspeto crucial para o sucesso das organizações. A enfermagem tem seguido a evolução da ciência e da técnica, não ficando alheia ao universo científico em que se desenvolve, nem à realidade complexa a quem se dirige – o Homem.

Mesmo com toda a transformação social que vivenciamos, a tecnologia ainda não substituiu a necessidade de orientar pessoas para alcançarem objetivos e metas. As pessoas continuam a ser o bem mais valioso de uma empresa.

O enfermeiro traz em sua essência o contato com o outro, seja no exercício da arte de cuidar, como também gerindo equipas e preocupando-se com quem cuida uma vez que resolve conflitos, pratica a equidade na tomada de decisões, norteia-se pela ética e lei do exercício profissional, orienta novas condutas, busca a participação de seus pares na construção de planos e projetos, enfim serve de inspiração para que hajam seguidores dispostos a trilhar seus caminhos.

Hoje em dia, para sobreviver a tantas adversidades, as organizações concentram especial atenção no desenvolvimento de suas lideranças devido ao poder de influência do líder e à sua capacidade de impulsionar resultados no ambiente organizacional. Cabe ao líder a missão de atingir os resultados pretendidos pela organização através das pessoas. Sendo assim, à medida que os líderes são capazes de influenciar, motivar e dirigir os comportamentos dos seus subordinados, estão já a exercer a liderança, (Loureiro et al. 2007).

O líder relaciona-se com as pessoas de forma mais intuitiva e empática e motiva-as com uma visão de futuro. Assume riscos quando as oportunidades e as recompensas são elevadas. É ativo e cria novas ideias e não apenas responde a elas. Adota uma atitude pessoal e ativa face aos objetivos e muda a maneira de as pessoas pensarem a respeito do que é desejável, possível e necessário.

Espera-se, que um líder tenha um pensamento estratégico e capacidade para compreender e dirigir a mudança. Que estabeleça um ambiente de trabalho seguro e que favoreça a flexibilidade e a inovação. Ele deverá ser ao mesmo tempo um ouvinte e um comunicador, uma pessoa emocionalmente expressiva e inspiradora, capaz de criar uma atmosfera de renovação dos compromissos da organização com uma visão de futuro, com missão, valores e princípios.

O líder consegue criar um ambiente de trabalho completamente renovado. As pessoas que com ele trabalham sentem-se mais livres, e ao mesmo tempo, mais responsáveis e comprometidas com os objetivos e metas da instituição.

Liderar com eficácia e eficiência pressupõe equipes motivadas, no sentido de as conduzir numa determinada direção, alcançar determinados objetivos, e maior satisfação no trabalho. O líder eficaz conhece profundamente os diferentes elementos do grupo com quem trabalha, as suas aspirações e motivações e serve de regulador e catalisador dos processos comunicacionais. Em essência, sabe adaptar-se às características do meio, da tarefa e do grupo, exercendo um estilo de liderança adequado à situação, independentemente do tempo, o que justifica a necessidade de conhecer a satisfação dos elementos que lidera. Liderar em enfermagem é,

“ (...) saber conduzir, organizando o trabalho de equipa, visando um atendimento eficiente, pois o líder é o ponto de apoio da equipe, quer na educação ou na coordenação do serviço, estimulando a equipe para desenvolver plenamente o seu potencial, o que interferirá diretamente na qualidade da assistência (...)” (Gelbcke, et al. 2009:137).

Refletir sobre a gestão em saúde inclui reconhecer uma nova visão das práticas de saúde, do sistema de saúde, do sistema de prestação de cuidados de saúde, das melhores práticas, das equipes competentes e diálogo entre os diferentes atores sociais. É de suma importância o papel da enfermagem como parte integrante deste processo, onde o desenvolvimento de habilidades de liderança constitui um elemento chave, com a finalidade de manter a funcionalidade e a coordenação das equipes de trabalho, consequentemente garantir uma prestação de cuidados de saúde de alta qualidade.

Acreditamos que nas instituições de saúde, o desenvolvimento de habilidades de liderança, em especial dos profissionais de enfermagem, são de extrema importância para a sua prática, motivando os profissionais para as boas práticas.

Outro fator relevante é a motivação como sendo uma das forças impulsionadoras do comportamento humano, ela determinará os níveis de desempenho pessoal e profissionais obtidos. Na organização, está diretamente relacionada com sentimento de pertença, produtividade e valorização, atribuídos interna e externamente. Motivação é um impulso, um sentimento que faz com que as pessoas ajam para atingir seus objetivos, permitindo que os indivíduos deem o melhor de si e façam o possível para conquistar o que mais desejam.

Ao longo dos tempos, muitas definições sobre o conceito de motivação foram sendo discutidas. Para Jesus (2000), o conceito de motivação é usado, em muitas situações do nosso quotidiano e com o sentido de “intenção, desejo, expectativa, preferência, tendência, impulso, necessidade, vontade, etc.

Para Cunha *et al.* (2007:154) motivação é, “*o conjunto de forças energéticas que têm origem quer no indivíduo quer fora dele, e que dão origem ao comportamento de trabalho, determinando a sua forma, direção, intensidade e duração*”. Funcionário motivado e produtivo é aquele que está no lugar certo, ou seja que ocupa uma função capaz de explorar e estimular suas potencialidades, bem como de lhe fornecer reconhecimento, através de um salário compatível, plano de crescimento, benefícios, aliado a um reconhecimento autêntico por parte da organização que ressalve o seu valor.

Segundo Chiavenato (2004), um dos grandes desafios das organizações é motivar as pessoas, onde a motivação expressa o desejo de exercer altos níveis de esforço em direção a determinados objetivos organizacionais, ajustados pela capacidade de também satisfazer objetivos individuais. Aponta ainda que a motivação depende basicamente de direção (objetivos), força e intensidade do comportamento (esforço), duração e persistência (necessidade). A motivação é um conjunto de motivos que se manifestam e influenciam a conduta de um indivíduo. Assim, a motivação no trabalho influencia a disposição que o funcionário de uma empresa tem para cumprir as suas tarefas. Quanto mais motivado está, melhor vai cumprir o seu trabalho. É importante que os chefes consigam motivar os seus trabalhadores, porque assim existe a probabilidade de ocorrer um aumento na produtividade e consequentemente um aumento da satisfação.

Um outro aspeto importante na dinâmica social de uma organização é o meio em que ela opera e com o qual interatua. Em muitos aspetos, uma organização deve ser capaz de responder apropriadamente ao meio em que existe, a fim de sobreviver. Assim como a organização como um todo deve ser entendida em seu contexto externo, também uma apreciação adequada dos processos sociais que ocorrem dentro de uma organização requer que consideremos a natureza do meio interno. O meio interno ou “Clima organizacional”, como passou a ser chamado, apresenta problemas muito consideráveis de definição, possivelmente porque, embora não seja difícil aceitar a ideia de que uma organização possui uma

atmosfera característica, esse clima é percebido de diversas maneiras por diferentes pessoas. Chiavenato (2002:94) descreve ainda que:

“ O clima organizacional está intimamente relacionado com o grau de motivação de seus participantes. Quando há elevada motivação entre os membros, o clima motivacional se eleva e se traduz em relações de satisfação, de animação, interesse, colaboração etc. Todavia, quando há baixa motivação entre os membros, seja por frustração ou barreiras à satisfação das necessidades, o clima organizacional tende a abaixar-se caracterizando-se por estados de depressão, desinteresse, apatia, insatisfação etc.”

Para Luís Graça (1994), nenhuma organização pode atingir uma performance de qualidade se o seu clima organizacional, não criar condições motivadoras e gratificantes para quem nela trabalha, também Louro (1995) refere que o ambiente interno das organizações é uma das variáveis que mais parece influenciar o comportamento do indivíduo em situação de trabalho, daí a importância do clima organizacional como um instrumento de gestão. Por sua vez Maximiano (2000:260) afirma que:

“O clima é formado pelos sentimentos que as pessoas partilham a respeito da organização e que afeta de maneira positiva ou negativa sua satisfação para o trabalho. Sentimentos negativos exercem impacto negativo sobre o desempenho. Um programa de demissão em massa, por exemplo, gera um clima em que predominam sentimentos como, tensão, medo, ansiedade e tristeza.”

Outros autores também dão ênfase ao reafirmar a importância do clima organizacional, “quando quiser descobrir por que um funcionário não está apresentando um desempenho compatível com a capacidade que você acha que ele tem, observe o ambiente de trabalho para ver se ele fornece condições suficientes de apoio”. (Robins 2005:150)

O clima organizacional está estritamente ligado ao nível motivacional apresentado pelos profissionais das organizações, sendo ponto fundamental para o sucesso ou fracasso. É uma ferramenta eficiente para avaliar e monitorizar o que as pessoas sentem e como se sentem dentro da empresa em que trabalham. Não basta ter uma equipe de grandes talentos altamente motivados. Se ela não estiver bem informada, se seus integrantes não se comunicarem adequadamente, não será possível potencializar a força humana da empresa, (Ruggiero 2002). O profissional sente uma necessidade natural de comunicar em contexto social como é uma organização, visto que qualquer comportamento implica comunicar.

A comunicação é crucial para a vida da organização, podendo ser a chave para a resolução de muitos problemas e para o aproveitamento de muitas oportunidades. Comunicar constitui um elemento de suma importância no processo de liderança. A maneira como se dá a transmissão de mensagens interferirá no resultado desejado. Explicitando tal pensamento, os autores estudiosos desta temática referem que a comunicação visa provocar mudanças esperadas no comportamento dos indivíduos, através do desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao próprio desempenho, que culmina com a satisfação profissional, (Mendes et al 1998:77-82).

A comunicação é alvo de uma constante evolução ao longo da vida e deverá ser uma condição sempre presente no exercício da profissão do gestor. Dela depende o modo como nos relacionamos com o outro, o modo como utilizamos o nosso olhar, o nosso toque, como nos movimentamos, como gesticulamos e empregamos as potencialidades mímicas, as distâncias físicas de relação interpessoal, o modo como empregamos o silêncio quando necessário para escutar outra pessoa. Comunicar faz parte do dia-a-dia de todos nós, homens, que vivemos em sociedade, assim, é uma componente essencial da vida de cada um e particularmente na gestão das organizações.

Segundo Matos (2005), a falta de cultura do diálogo, de abertura à conversação e à troca de ideias, opiniões, impressões e sentimentos é, sem dúvida alguma, o grande problema que prejudica o funcionamento de organizações e países. A comunicação corporativa é um processo diretamente ligado à cultura da empresa, ou seja, aos valores e ao comportamento das suas lideranças e às crenças dos seus colaboradores.

A utilização dos diversos canais da comunicação pode tornar este processo mais eficiente e as barreiras superadas, permitindo a intervenção dos funcionários na apresentação de sugestões para a melhoria da comunicação nas organizações. Considerando que, independentemente do nível hierárquico ocupado na organização, todos os funcionários, são comunicadores e, interagir dentro do processo, mesmo através da comunicação informal, facilitará a integração e a participação de todos os envolvidos na instituição.

A comunicação é então um fenómeno social complexo. No ato de transmissão a mensagem deve estar integrada numa matriz cultural. Os comportamentos, os acontecimentos, não podem ser desintegrados de um contexto

social e cultural. Ou seja, para ser eficaz a mensagem deve penetrar na esfera do interlocutor, nos seus valores, quadros de referência e padrões, de forma a compreender a mensagem no seu sentido original e enviar um feedback adequado.

A comunicação visa, pois, provocar mudanças esperadas no comportamento dos indivíduos, através do desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao próprio desempenho, que culmina com a satisfação profissional. As relações interpessoais e a comunicação eficaz no local de trabalho, são determinantes na satisfação do trabalhador.

Seja através da comunicação verbal ou não verbal, a informação é indispensável aos funcionários de uma instituição como base para atingir metas. É através da informação que se pode detetar áreas problemáticas capazes de impedir a consecução de objetivos. É também, por meio dela, que são avaliados desempenhos individuais e/ou coletivos. E ainda, só através da informação torna-se possível fazer ajustamentos necessários para que a eficiência e qualidade no trabalho seja alcançada. A comunicação é um ponto crucial da prática de enfermagem, uma vez que constitui uma componente essencial do relacionamento entre o enfermeiro e os clientes, bem como entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde. A presença ou a ausência de uma comunicação eficaz determina o ambiente em que os cuidados de saúde são prestados e recebidos.

As dimensões referidas por Graça interferem no desempenho do profissional de enfermagem de forma positiva ou negativa, influenciando toda a sua conduta. Uma boa comunicação na organização de saúde proporciona um clima organizacional indutor de motivação profissional associado a uma liderança eficaz adotada pelos gestores, sendo considerados como fatores sinérgicos para a promoção da satisfação profissional do enfermeiro.

3. GESTÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Na Enfermagem a gestão é uma área de intervenção com importância estratégica e primordial para a qualidade dos serviços prestados por qualquer unidade de saúde. Atualmente os CSP estão organizados em equipas multidisciplinares e os enfermeiros gestores constituem uma estrutura fundamental para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. A natureza da prestação de cuidados de enfermagem, pela sua especificidade, conteúdo funcional e independência técnica, não permite a sua absorção em carreira geral e impõe a criação de uma carreira especial.

Assim com as alterações de gestão e organização, as quais prefiguraram uma aposta na qualidade e na criação de novas estruturas, a carreira de enfermagem, nos termos do decreto-lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, foi revogada, pelo decreto-lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro. Este novo decreto-lei vem integrar as cinco categorias em duas, remetendo para deveres funcionais comuns a todos os trabalhadores em funções públicas, bem como para o conteúdo funcional da prestação de cuidados de saúde. Para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal é sempre integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, e indissociável da mesma, e compreende, nomeadamente:

“(…) Planear e incrementar ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores e respetiva avaliação, bem como à coordenação de equipas multiprofissionais (...)”, artigo 10º decreto-lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro.

Os trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem podem exercer funções de direção e chefia na organização do Serviço Nacional de Saúde, desde que sejam titulares da categoria de enfermeiro principal ou se encontrem nas categorias que, por diploma próprio, venham a ser consideradas subsistentes

(Decreto-Lei n.º 122/2010 de 11 de Novembro). As categorias de enfermeiro- chefe e de enfermeiro-supervisor da carreira de enfermagem, previstas no Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, consideradas atualmente categorias subsistentes, mantêm o conteúdo funcional previsto, no mesmo decreto.

Ao falarmos em enfermeiro gestor, inequivocamente nos referimos ao líder, ao elemento que coordena uma equipa e ao desempenho de uma atividade que constitui uma das áreas fundamentais do trabalho do enfermeiro – a gestão. Neste capítulo iremos debruçar-nos sobre as competências do enfermeiro gestor, fazer alusão à existência de alguns modelos de intervenção na gestão, aos indicadores de gestão e à importância da implementação dos padrões da qualidade nos serviços de enfermagem prestados com vista à satisfação dos enfermeiros.

É comumente aceite a ideia de que a gestão não é mais do que uma expressão para designar o trabalho realizado para a organização e regulação do trabalho dos restantes trabalhadores da organização (Flynn, 2002), citado por Carvalho (2006:172).

A gestão em enfermagem deve ser entendida como um processo que contribui de forma significativa para que a enfermagem se torne um modelo de prestação de cuidados e que, ao mesmo tempo, assegure a qualidade da organização assistencial como um todo. As novas tendências de gestão em enfermagem só serão pertinentes se o próprio enfermeiro gestor compreender que gerir é também cuidar (Aguiar, Costa e Weirich, 2005), o que dá um sentido específico e diferenciado dos gestores em enfermagem em confronto com os gestores no abstrato.

O gestor, na perspetiva de Chiavenato (2002), é um profissional dotado de uma formação ampla e diversificada, conhecedor de várias questões que interagem com as pessoas na execução de tarefas, no planeamento e no controlo, quer sejam colaboradores quer se encontrem numa posição hierárquica superior. Por consequência, o administrador/gestor torna-se um agente de mudança, de transformação das organizações, levando-as a novos rumos, projetos, objetivos e estratégias.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIN) é a voz internacional da enfermagem e trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados para todos, bem como para a implementação de políticas de saúde idóneas a nível global. O CIN

espera que os enfermeiros contribuam para a política de saúde a nível local, nacional e internacional, através de papéis de gestão e liderança e através das associações profissionais de enfermagem. A necessidade de excelência da gestão em enfermagem e dos serviços de cuidados de saúde tem de ser ativamente promovida.

O CIN sustenta firmemente que os gestores em enfermagem têm de ser diretamente responsáveis pela gestão dos serviços de enfermagem e que estão bem preparados para gerir outros serviços de saúde. Embora possam trabalhar em áreas, departamentos ou organizações onde podem depender de gestores enfermeiros ou não enfermeiros, em todos os casos é a profissão de enfermagem que é responsabilizável pelo âmbito e padrões da prática de enfermagem, (CIN 2000).

A principal função do enfermeiro gestor não é só gerir, mas o de desenvolver esta atividade num contexto organizacional de saúde, visando primordialmente a prestação de cuidados, no sentido da promoção da saúde. Portanto, deverão coexistir a lógica dos cuidados que se prestam e a lógica da gestão da instituição de saúde. É o enfermeiro gestor que estabelece esta relação na sua prática diária (Azevedo, 2000; Backes, Backes, Sousa & Erdmann, 2008), citado por Assis (2010:87).

O trabalho de um enfermeiro gestor é, de facto, um trabalho árduo, dado que existe um confronto entre as suas expectativas pessoais, a pressão exercida por parte da equipa que chefia ou da hierarquia e as suas próprias convicções e princípios. Ao mesmo tempo que ele gere todos estes fatores, também tem de organizar a unidade de saúde da qual ele é o “líder”, sem esquecer que, enquanto enfermeiro gestor, deverá ir de encontro aos objetivos da organização (Hesbeen, 2000). O mesmo autor acrescenta ainda que a missão principal do gestor é a de dar atenção ao pessoal do seu serviço, a fim de lhe oferecer as melhores condições possíveis para exercer a profissão, desenvolvê-la e nela encontrar satisfação.

Se o gestor tiver competências bem desenvolvidas, assertividade e responsabilidade, amadurecimento para lidar com o seu próprio poder, trabalhar no sentido de harmonizar os interesses dos seus subordinados com os da organização, postura para representar os interesses da enfermagem e motivação para a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos

cuidados, certamente o desempenho de toda a equipa será beneficiado e haverá aumento da qualidade no serviço (Sartoreto 2013).

A missão de um chefe, de acordo com Hesbeen (2000), assenta em vários parâmetros: Promover; organizar; comunicar; desenvolver; deliberar e formar.

Promover, no sentido de recrear um ambiente humanizado no serviço. Este ambiente assenta na filosofia do cuidar, na instituição, na gestão e nas relações entre as pessoas. O ambiente humanizado relaciona-se com a prática do cuidar, estabelecer uma relação direta entre o prestador de cuidados e o que os recebe. É neste sentido que os chefes devem trabalhar em conjunto com a equipa, na promoção de cuidados com qualidade.

O enfermeiro chefe organiza quando implica todos os intervenientes, internos e externos, em correlação com a prática dos cuidados. Identifica os fatores de disfunção que possam surgir e reorganiza-os de modo a servir os interesses da organização/serviço.

Comunicar como atividade de gestão em enfermagem é mais do que transmitir informação, comunicar consiste na partilha de conhecimentos entre os elementos da equipa, de modo a garantir complementaridade multidisciplinar. Promover o diálogo com o intuito de fomentar a partilha é uma das funções de grande destaque de um chefe, uma vez que é ele que estabelece uma ligação entre todos os elementos da equipa multidisciplinar que coordena.

Os desenvolvimentos fazem parte as ações inovadoras que o chefe pretende incrementar; no fundo, são as suas ambições para o serviço. Trata-se de desenvolver conhecimentos, tendo em vista a prestação de cuidados, o que implica partilha e discussão dos conceitos científicos, técnicos, organizacionais ou conceptuais de toda a prática de enfermagem entre a equipa e o enfermeiro chefe. O enfermeiro chefe que sabe deliberar, designa-se de conselheiro, partilha com toda a equipa os sucessos e as dificuldades, troca impressões acerca das medidas a tomar e, de certa forma, sempre com vista a prestar cuidados de qualidade, envolve na dinâmica da gestão de todos os seus colaboradores.

Como formador o enfermeiro chefe faz formação de forma planeada, coerente e de acordo com as necessidades do serviço e da equipa, tendo em conta a conceção de cuidados que pretender desenvolver no seu serviço. A formação deverá ser baseada na lógica dos cuidados prestados diariamente. Quando toda a

equipa tiver refletido acerca da sua missão e tiver, simultaneamente, identificado os fatores que constituem o pilar dos cuidados, então a enfermagem está apta a desenvolver modelos organizacionais pertinentes e os meios que facilitam e melhoram a prática diária dos cuidados de enfermagem.

Com base no que anteriormente foi referido, para colocar em prática todos as competências e saberes que lhe são exigidos, o enfermeiro chefe deverá estar presente na unidade de cuidados, dar espaço para que os profissionais sejam autores e atores de qualidade na prestação de cuidados, ser autêntico e portador de conhecimentos na arte de saber cuidar, manifestando uma visão otimista no que se refere ao futuro dos cuidados. *“Cabe ao enfermeiro chefe, valorizar os profissionais e as suas competências, independentemente das suas qualificações”* (Hesbeen, 2000; Castanha e Zagonel, 2005), citados por Assis (2010:36).

Sendo o chefe a pessoa com responsabilidades ao nível da gestão, compete-lhe gerir vários aspetos, um dos quais é o dos recursos humanos do serviço onde se encontra inserido, assim como a produtividade, o bom ou mau funcionamento do serviço, a satisfação e a motivação dos colaboradores que de si dependem.

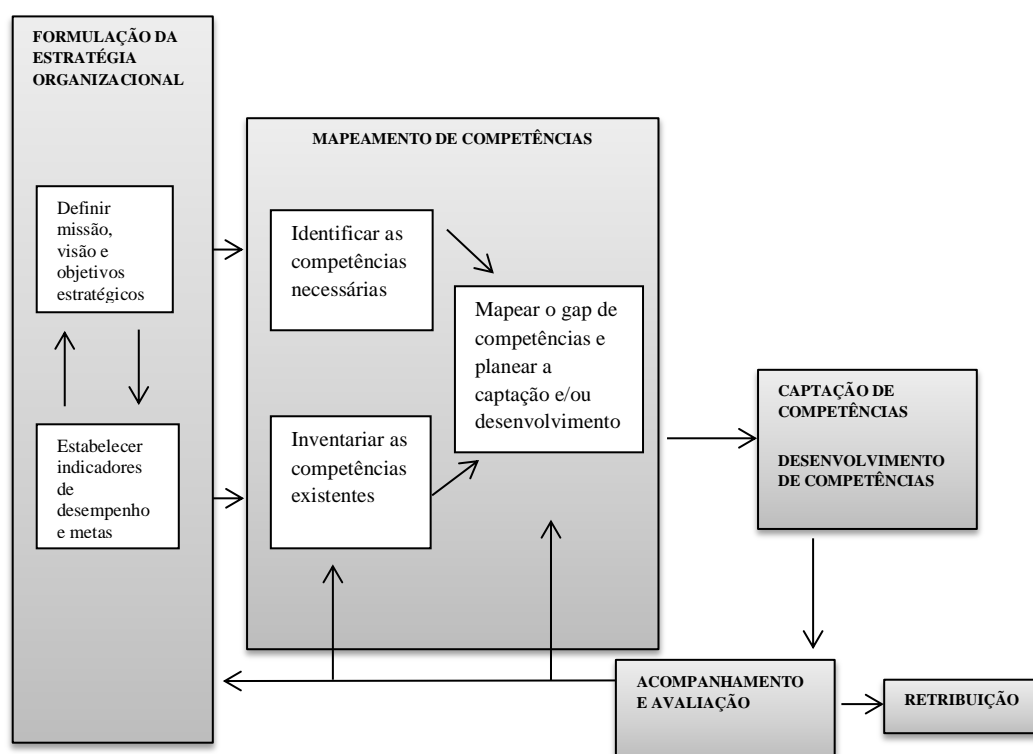
A gestão de pessoas é caracterizada por uma grande diversidade de abordagens teóricas. Muitos autores (como; Brandão & Bahry, 2005; Almeida & Rebelo, 2011; Câmara et al, 2007; Boterf, 2005) defendem que um modelo de gestão por competências está adaptado às exigências não só das organizações como também dos colaboradores, já que pode ser aplicado a toda a dinâmica inerente aos processos de gestão de recursos humanos, desde o recrutamento e seleção, até à gestão de carreiras (Augusto, 2013).

“A gestão por competências é um processo dinâmico e dependente do contexto organizacional em que se verifica. Consiste num processo contínuo, que tem como fase inicial a formulação da estratégia da organização (missão, visão, objetivos estratégicos), a definição dos indicadores de desempenho, e as metas que se pretendem alcançar” (Augusto, 2013:28).

Após definida a estratégia, torna-se possível efetuar a gestão das competências, que baseia-se em identificar as competências necessárias, inventariar as existentes e identificar as lacunas entre elas. Numa fase posterior após a identificação dessas lacunas, é possível planear a captação ou o desenvolvimento das competências em falta. A captação consta na seleção de competências externas e sua integração no ambiente organizacional; o desenvolvimento refere-se ao aprimoramento das competências dos colaboradores internos.

A fase de acompanhamento e avaliação consiste na monitorização sucessiva de todo o processo, de forma que se possam proceder aos ajustamentos necessários para identificar e corrigir eventuais desvios. Finalmente, a retribuição sugere que a organização possa premiar as pessoas, as equipas de trabalho que mais contribuíram para alcançar as metas planeadas. Este procedimento final, não só pretende servir como estímulo para manter os comportamentos desejados, como também pretende ajudar a corrigir eventuais desvios (Brandão e Bahry, 2005), citado por Augusto (2013:28).

Figura Nº5 - Ciclo de gestão por competências.



Fonte: Adaptado Brandão e Bahry (2005) cit in Augusto (2013:28)

Segundo Ceitil (2010) existe algumas vantagens da gestão por competências: Promove a utilização de uma linguagem comum em toda a empresa; ajuda a focar os esforços dos colaboradores nos resultados da empresa; possibilita prognosticar comportamentos dos colaboradores (se um colaborador teve um determinado comportamento perante uma situação, é esperado que o mantenha em situações similares); faculta a comparação do perfil de competências exigido e o manifestado,

possibilitando o seu desenvolvimento; permite uma gestão de recursos humanos integrada e coerente.

No entanto o modelo de gestão de competências também tem desvantagens. Uma das desvantagens deste modelo são os custos inerentes ao processo, condicionando, este facto, a que as organizações adotem estratégias que vão de encontro às suas necessidades/possibilidades (Cascão, 2004), citado por Augusto (2013:29). Nas opções metodológicas para operacionalizar um modelo de gestão por competências, há que ter em consideração as especificidades do contexto organizacional.

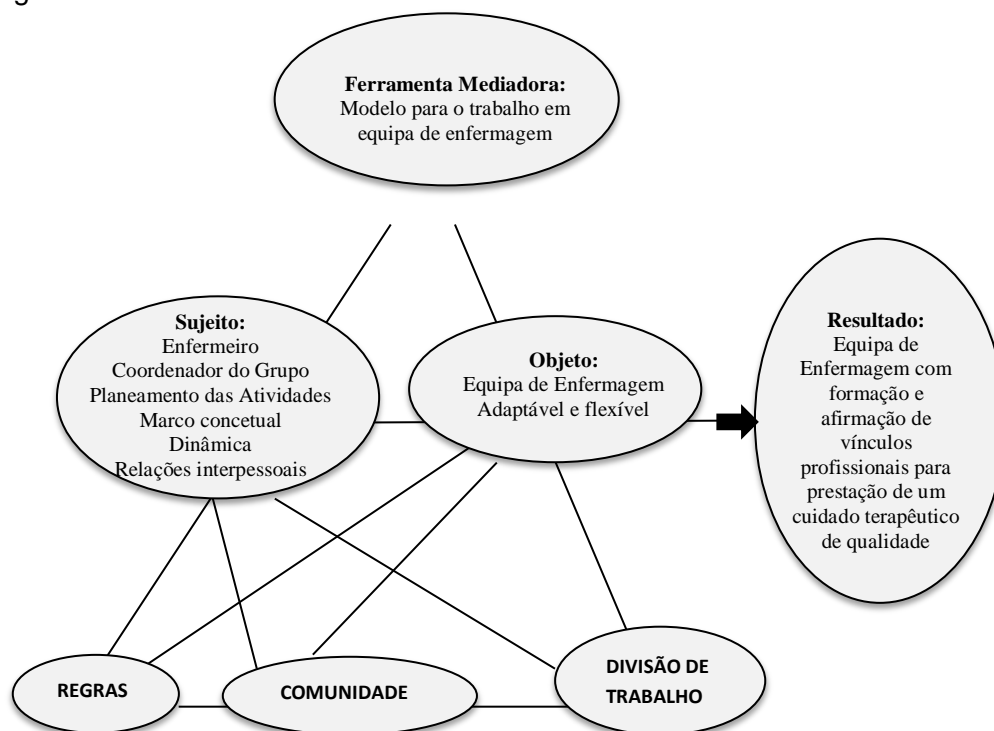
Antes de iniciar o processo de implementação deste modelo, Cascão (2004) propõe que se faça uma reflexão acerca dos objetivos que este sistema de gestão pretende alcançar, bem como, qual será a população alvo que ele pretende envolver. Depois de concluída esta etapa inicial, devem ser identificadas e definidas as competências e os instrumentos que vão ser utilizados para a sua avaliação. *“Um sistema de gestão por competências pressupõe a existência de uma listagem de competências, normalmente designado de portfólio de competências, que é composto por competências transversais (a toda a empresa), e competências específicas (para cada função ou tarefa)”* (Ceitil, 2010 citado por Augusto 2013:29).

Em tempo de mudanças contínuas, adquirir nova competência, significa abandonar outras que entretanto tornaram-se ultrapassadas. O segredo reside na aquisição e no desenvolvimento de competências duráveis, que são o conhecimento e atualização constante, perspetiva e visão do futuro, bem como atitude pró-ativa.

As organizações de saúde tendem a tornar-se cada vez mais rigorosas, exigindo do enfermeiro gestor determinadas competências profissionais. Promovem uma contínua busca de conhecimento, para que consiga acompanhar as mudanças organizacionais, assim como as novas tecnologias e inovações, adquirindo potencial na tomada de decisões e resolução de problemas. As organizações de saúde esperam que o enfermeiro gestor seja ágil, inovador baseado nas mudanças, tendo como base a qualidade dos cuidados prestados, criativo e com a capacidade de interligar a sua função de gestor, à gestão da prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, ao mesmo tempo que procura motivar a equipa de enfermagem que coordena.

Num estudo efetuado sobre administração em enfermagem as autoras Thofehn e Leopardi (2006) foram incentivadas para a construção de um Modelo para os Recursos Humanos direcionado para a formação de equipas. O estudo teve como proposta abordar as relações interpessoais, identificando o que chamamos de vínculos profissionais, revitalizando as questões subjetivas, ou seja, o imaginário, o simbólico, a fantasia, o desejo, as ansiedades, de maneira que se tornou possível a construção, com os profissionais de enfermagem, de um Modelo para o trabalho em equipa, que possa satisfazer tanto as necessidades das pessoas que procuram os serviços de saúde, como dos trabalhadores, constituindo-se num novo modo de gestão em enfermagem. Após a análise dos dados o estudo foi mais longe levando-as à construção não só de um “Modelo”, como também surgiu a “Teoria dos Vínculos Profissionais”, que corresponde a um novo modo de Gestão para o trabalho em equipa de enfermagem.

Figura Nº6 – Teoria dos Vínculos Profissionais



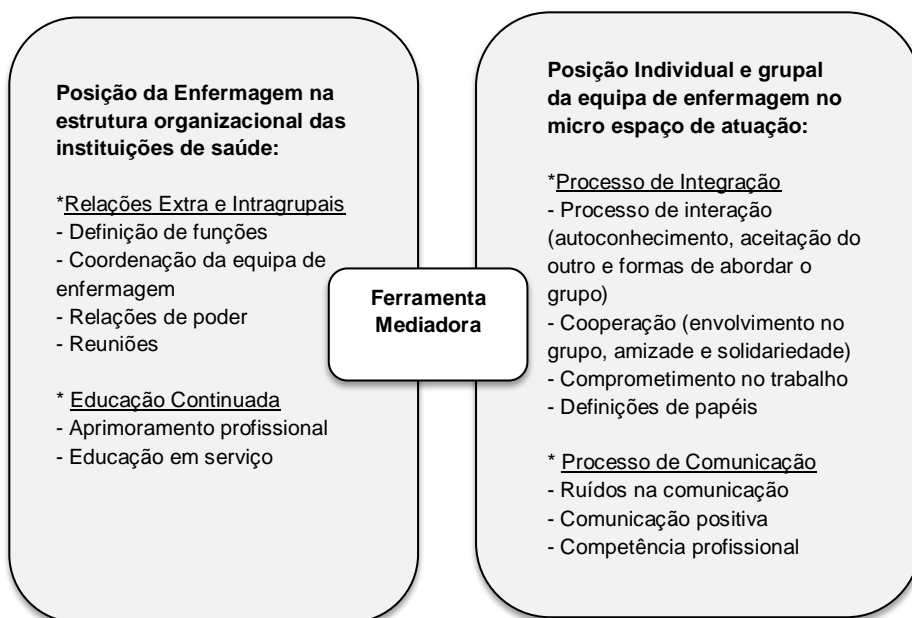
Fonte: Adaptado de Thofehn e Leopardi (2006:416)

As autoras da teoria dos vínculos profissionais consideram que o modelo para o trabalho em equipa na enfermagem, é entendido como um instrumento de trabalho, uma ferramenta mediadora, podendo agir na subjetividade no trabalho, favorecendo o alívio subjetivo das dificuldades, do desgaste físico, em suma, do

sofrimento presente nas atividades normativas e rotineiras, tornando o ambiente de atuação agradável, com capacidade de produzir alegria, prazer e satisfação, para em última instância, auxiliar no desenvolvimento de um cuidado coletivo que atenda as necessidades das pessoas que procuram os serviços de saúde.

Cada equipe de enfermagem representa um grupo de trabalho único que não se repete, tendo uma dinâmica de relações que, em geral, se consolida de forma espontânea, carregando, muitas vezes, desarmonia e conflitos por um longo tempo, fazendo com que o trabalho se torne numa jornada de sofrimento e desprazer.

Figura Nº7 – Modelo para o trabalho em equipa na enfermagem: Ferramenta Mediadora



Fonte: Adaptado de Thofehrn e Leopardi (2006:416)

No novo modo de gestão em enfermagem propõe-se que o enfermeiro tenha como objeto de trabalho a “equipe de enfermagem” e que este esteja consciente da necessidade de atentar para a divisão do trabalho, condição imposta pela sociedade moderna que fez desencadear o aparecimento das especialidades e com elas a fragmentação da prática, que tem levado ao reducionismo, favorecendo o individualismo. Segundo Thofehrn e Leopardi (2006:417),

“A teoria dos Vínculos Profissionais pode tornar-se o discurso inovador para um novo modo de gestão em enfermagem, cujo resultado é a prática de

ações profissionais éticas no seu sentido mais amplo, favorecendo o bem-estar das pessoas, pela capacidade tecnicamente elevada na equipa de enfermagem, mas também porque esta equipa terá oportunidade de se realizar mais no seu trabalho, uma vez consolidada a gestão participativa dos conflitos e a possibilidade da expressão subjetiva na atuação profissional”.

Esta teoria procura assegurar o desenvolvimento de atividades coletivas, nas quais as relações interpessoais possam favorecer uma práxis crítica, reflexiva e participativa.

O facto de os enfermeiros assumirem um papel fundamental nas organizações de saúde, faz com que estes profissionais sintam a necessidade de gerir com qualidade a prestação de cuidados à comunidade, aos utentes e suas famílias e, de igual forma, administrar bens e serviços tendo em atenção os recursos financeiros da instituição, os recursos humanos e materiais, de modo a poder garantir que os objetivos organizacionais sejam alcançados e permitir a harmonia da gestão em enfermagem. Os estudos empíricos mais antigos,

“(...) centrados na análise da atividade dos enfermeiros em funções de gestão demonstram, no entanto, que no terreno estes possuem um poder superior ao que lhes é concedido em termos formais (Carapinheiro, 1998; Mintzberg, 1994). Na tentativa de construir um modelo teórico sobre o papel dos gestores em geral, Mintzberg (1994) acompanha o quotidiano de diversos profissionais que desenvolvem as suas atividades neste âmbito” citado por (Carvalho 2006:174).

O estudo empírico de Mintzberg (1994) consistiu na observação direta do trabalho de uma enfermeira gestora durante um dia num hospital universitário de Montreal, *“onde concluiu que o estilo de gestão que melhor adequa ao seu caso não é o modelo do gestor patrão (boss manager model) nem o modelo profissional, mas antes um modelo de gestão artesanal (craft manager)”* citado por Carvalho (2006:174).

A escolha desta qualificação para caracterizar o trabalho desenvolvido por esta profissional deveu-se ao fato do seu trabalho realizar-se de uma forma natural, desenvolvendo concomitante múltiplos papéis que implícitos nas atividades dos gestores, tornando quase impossível isolá-los, dada a forma como estes surgiam, sendo desempenhados como se de um único papel se tratasse, citado por Carvalho (2006).

Com o mesmo objetivo, surgiram outros estudos que comprovam a forma como as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros se relacionam com o que a literatura descreve como sendo papéis de liderança e de gestão.

“Manfredi (1996), num estudo que realizou com enfermeiras gestoras, concluiu que estas despendem uma parte importante do seu tempo no desenvolvimento e concretização de objetivos e na motivação dos restantes elementos para o seu alcance. Outra parte importante do seu tempo é também gasta na identificação de áreas de mudança, encorajando os restantes elementos a participar neste tipo de processos” (Carvalho, 2006:175).

Em Portugal há décadas que as funções de gestão dos enfermeiros são consideradas importantes para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). As funções de gestão dos enfermeiros estão, assim contempladas nos regimes jurídicos da gestão hospitalar (Lei nº 27/2002 e Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto) e na organização e funcionamento dos cuidados de saúde primários (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto e Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro). No primeiro caso são descritas as competências do enfermeiro diretor (artigo 13º, do Decreto-lei n.º 188/2003) e as competências do enfermeiro chefe de serviço (artigo 23º, do Decreto-lei n.º 188/2003).

Relativamente ao segundo caso, os enfermeiros podem exercer funções de gestão, como coordenadores das Unidades de Cuidados na Comunidade (artigo 15º do Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro), e como Vogal no Conselho Clínico dos ACeS (artigo 25º do Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro), que cria os agrupamentos de Centros de Saúde do SNS. Recentemente foi publicado a portaria nº 245/2013, D.R. nº 149 Serie I de 2013-08-05, que regulamenta a composição, as competências e a forma de funcionamento da Direção de Enfermagem nos serviços e estabelecimentos de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde.

A direção de enfermagem é composta por todos os trabalhadores da instituição que estejam integrados na carreira especial de enfermagem que, nos termos do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, exerçam funções de direção e chefia. A direção de enfermagem integra ainda, enquanto existirem, os enfermeiros que sejam titulares das categorias subsistentes, identificadas no n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro, desde que cumpram as condições a que se refere o artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro. O presidente da direção é o enfermeiro diretor, a nível hospitalar, nos CSP é o enfermeiro que integra o Conselho Clínico e da Saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde.

A nível das Unidades de Saúde Familiares (USF), os enfermeiros têm funções de gestão quando pertencem ao Conselho Geral ou ao Conselho Técnico dessas unidades (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto). As funções dos respetivos conselhos são aplicáveis a todos os grupos profissionais que deles fazem parte.

A tarefa do gestor é interpretar os objetivos propostos e transformá-los em ação, através do planeamento, organização, direção e controlo de todos os esforços realizados em todas as áreas e em todos os níveis da organização/instituição, a fim de atingir esses mesmos objetivos, como refere Teixeira (2011). Tendo por base o constructo deste autor em que divide em três os níveis de gestão e fazendo uma analogia com os órgãos de gestão do ACeS podemos afirmar que no nível institucional a gestão caracteriza-se fundamentalmente por uma forte componente estratégica, onde se localiza a gestão a nível das Administrações Regionais de Saúde, onde envolve a totalidade dos recursos disponíveis na determinação do rumo a seguir, e pela formulação de políticas gerais que são definidas de forma genérica e dizem respeito a toda a instituição. Ao nível intermédio predomina a componente tática onde se encontram os órgãos de gestão dos ACeS, (Diretor Executivo e Conselho Clínico e da Saúde), com a movimentação de recursos no curto prazo e elaboração de planos e programas específicos relacionados com a área ou função do respetivo gestor. Por último, a nível operacional encontramos a componente técnica que corresponde aos interlocutores dos Centros de saúde, bem como todos os coordenadores das unidades funcionais do ACeS, a atividade destes gestores traduz-se fundamentalmente na execução de rotinas e procedimentos.

Em todos os níveis de gestão nas unidades funcionais de um ACeS é imperativo que o gestor na execução das suas funções tenha em consideração as dimensões que interferem na satisfação profissional, tais como: motivação, clima organizacional, comunicação, liderança.

3.1 - Indicadores de Gestão

Como já amplamente referido, hoje é cada vez mais evidente o papel do enfermeiro como gestor dos serviços de saúde, com atribuições específicas na administração da estrutura, dos recursos humanos e materiais disponibilizados. Entretanto, para que possa administrar tais recursos de forma alinhada às metas exigidas pelas Instituições e ainda manter a qualidade da assistência prestada, é preciso que se aproprie de ferramentas de qualidade, e que face à tendência de gestão a partir de medidas objetivas é imprescindível o domínio de indicadores na gestão diária e a nível macro.

A avaliação da qualidade em saúde pressupõe um julgamento das ações desenvolvidas baseadas nas estruturas, processos e resultados obtidos que influenciem na gestão de pessoas e/ou condições de saúde da população-alvo, para a tomada de decisões e que mais uma vez para o seu desenvolvimento é fundamental o uso de indicadores.

Para Donabedian (1986) citado por Leão (2008), a avaliação é um processo que tenta determinar o mais sistemático e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos. São usadas ferramentas que possibilitam aceder a efetividade, confiabilidade completude de sistemas de assistência à saúde, porém, é preciso distinguir os indicadores de gestão dos indicadores clínicos. Os primeiros geralmente baseiam-se no monitoramento operacional ou financeiro, e os segundos informam a evolução clínica, o desfecho do cuidado, entre outros.

Embora exista uma série de dificuldades para avaliar a qualidade na área da saúde, há unanimidade entre os gestores de que é preciso escolher sistemas de avaliação e indicadores de desempenho institucional adequados para apoiar a administração de serviços e propiciar a tomada de decisões com o menor grau de incerteza possível, como refere Leão (2008:102) ao citar Pringle *et al.* (2002) que afirmam que os *“indicadores são medidas quantitativas de resultados desejáveis ou indesejáveis de um dado processo ou sistema, medidos de forma contínua ou periódica, para que se verifique o alcance dos objetivos iniciais”*.

Para a mesma autora, um indicador de gestão mede o desempenho do serviço, o que permite monitorizar o alcance dos objetivos estratégicos da organização. É considerado indicador operacional de efetividade, ou seja, mede a extensão em que os objetivos ou metas programadas foram ou não realizadas. A *"efetividade é a extensão em que uma intervenção, um procedimento, um regime ou um serviço quando avaliados no campo de atuação, fazem o que se pretende a uma população definida"*, (Last, 1988 cit in Leão, 2008:103).

No âmbito da Saúde, a avaliação contínua da efetividade da gestão deve ser precedida pelo delineamento de políticas e objetivos claros, com indicadores que permitam a construção da realidade local e suas adequações (Leão, 2008). O indicador deve ser escolhido de modo a apontar problemas de qualidade relevantes para os gestores.

Para cada realidade, é preciso examinar os indicadores mais apropriados para atender às necessidades do serviço. Muitos são os dados e os indicadores disponíveis, no entanto, nem sempre eles atendem às necessidades específicas de determinada situação. Idealmente, a opção por monitorizar indicadores deve ser feita após o levantamento de problemas e durante a implementação de possíveis soluções. O uso de indicadores deve tornar-se numa das estratégias que garantam a continuidade do trabalho e a satisfação dos profissionais.

A construção de indicadores para avaliação administrativa é um trabalho que exige esforços, pois não há uma fórmula pronta. São necessárias análises e interpretações, além da avaliação dos indicadores, que devem passar por opiniões de especialistas para avaliação prática de aplicabilidade. No entanto, é um passo em direção a uma normalização na área com possibilidades de padronização e melhoria contínua das atividades administrativas pertinentes à prática de enfermagem (Leão, 2008).

Segundo Assis (2010), através de indicadores de gestão, pode-se conhecer e medir o próprio desempenho, comparar resultados, identificar pontos de melhoria e empreender ações de transformação, gerando um ciclo de busca das melhores práticas.

Indicadores que medem o desempenho operacional são também chamados de indicadores de eficiência, focando, predominantemente, o consumo de recursos como tempo, pessoas, dinheiro, entre outros. Por outro lado, indicadores de

eficácia focam uma combinação complexa de atributos, objetivos e subjetivos, explícitos ou implícitos, frutos da expectativa e da percepção dos clientes, conforme afirma Chiavenato (2000).

Do ponto de vista da organização, o nível de satisfação profissional dos prestadores de cuidados de saúde é considerado uma característica de estrutura dos serviços de saúde por ser um elemento determinante da qualidade assistencial. Contudo, é também um resultado do subsistema de gestão da organização. Dado o efeito que a satisfação profissional tem sobre toda a atividade da organização, os responsáveis pela gestão têm de colocar como uma prioridade assegurar que a força de trabalho esteja motivada e, logo, satisfeita, de modo a que a organização possa atingir os seus objetivos. É cada vez mais verdade que uma organização que dá atenção a mais ao trabalho e atenção a menos a quem trabalha, está em desuso.

Estão hoje amplamente reconhecidas as boas práticas na gestão dos recursos humanos que apresentam uma relação estatisticamente significativa com o desempenho organizacional pretendido. Para além de promoções e compensações materiais e simbólicas, a aposta continuada no enriquecimento das tarefas, na formação profissional, no trabalho de equipa, nos círculos de qualidade, na descentralização e no desenvolvimento de redes de comunicação interna são, pois, algumas das medidas direcionadas para manter os trabalhadores satisfeitos, o que contribui para a estabilidade dos quadros de pessoal e para a boa imagem da organização.

A satisfação profissional pode ajudar a monitorizar um indicador do bem-estar emocional e do equilíbrio psicológico dos funcionários, ela reflete-se no comportamento, com implicações no funcionamento das estruturas organizacionais e na produtividade.

As técnicas de gestão de recursos humanos para a melhoria da qualidade baseiam-se no princípio de que é possível incentivar os trabalhadores para se empenharem na prossecução de objetivos organizacionais que satisfaçam também as suas necessidades individuais e coletivas. A possibilidade de fazer escolhas e o sentimento de controlo sobre o seu trabalho, são elementos de empoderamento (*“empowerment”*) e de satisfação que têm sido pouco considerados nas políticas, nas estratégias e na gestão dos serviços de saúde, (Santos et al. 2007). Gonçalves

(1999) considera que um indicador na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes é sem dúvida é a satisfação no trabalho.

Em suma, para além da indispensável radiografia psicossocial que importa fazer dos nossos profissionais de saúde, a avaliação da satisfação profissional pode e deve ser também um indicador do desempenho dos nossos gestores, públicos e privados. Estudar a satisfação no trabalho é conhecer os múltiplos fatores e suas interações que condicionam a motivação do trabalhador pelo seu trabalho, objetivando torná-lo, simultaneamente, mais produtivo, mais realizado profissionalmente e como ser humano.

4- METODOLOGIA

A investigação resume-se a um processo rigoroso e estruturado, uma caminhada sistematizada cujo intuito é validar e produzir conhecimentos. Todo este processo realiza-se de forma sistemática, organizada, com a finalidade de responder a uma pergunta de investigação.

Depois de feita uma abordagem teórica que suporta e enquadra o tema em análise, segue-se a sistematização do caminho percorrido para a operacionalização do estudo proposto, nomeadamente, a definição da população alvo, a operacionalização das variáveis, a descrição do instrumento usado para a recolha dos dados e as questões éticas que decorrem deste estudo. Todo este processo de pesquisa será orientado pelos seguintes objetivos:

- Caracterizar o grupo de Enfermeiros do ACeS.
- Avaliar o grau de Satisfação dos Enfermeiros do ACeS.
- Descrever o grau de associação entre as expectativas e os resultados, relativamente às dimensões da Satisfação Profissional.
- Analisar a relação entre as diferentes dimensões da Satisfação Profissional dos enfermeiros e as características sociodemográficas.
- Analisar a relação entre as diferentes dimensões da Satisfação Profissional dos enfermeiros face às condições contextuais do trabalho.

A metodologia é caracterizada por um conjunto de técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica (Fortin, 1999), e consiste em definir os meios de realizar a investigação (Fortin, 2009). É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação, é como que o traçar de um caminho para chegar a um objetivo e compreender um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que visam economizar recursos humanos e materiais e simultaneamente

fornece uma orientação para percorrer esse caminho e alcançar o objetivo pretendido (Neto, 2003).

Pretende-se realizar um estudo de natureza quantitativa, descritiva, exploratória. É descritivo porque como refere Gil (1999:44) *“tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou estabelecimento de relação entre variáveis”*. A escolha deste tipo de metodologia prendeu-se com o facto de este trabalho pretender caraterizar o objeto de estudo – a satisfação. Por outro lado, o enfoque quantitativo permite a possibilidade da mensuração de dados relevantes, sobre os aspetos abordados e presentes nos instrumentos de recolha de dados, que nos permitirá fazer algumas comparações com os resultados de outros estudos sobre a mesma temática. A metodologia quantitativa constitui um processo dedutivo, pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos, no que concerne às variáveis em estudo Fortin (1999), contamos ainda que os dados dêem contributos para a gestão do ACeS.

Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. Segundo Fortin (2009:72), *“uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe”*. Para o presente estudo, partimos da elaboração da seguinte pergunta:

“-Será que há fatores que influenciam a Satisfação Profissional dos Enfermeiros do ACeS?”.-.

Para se formular as perguntas da investigação é necessário começar por uma de natureza geral e provisória, a partir da qual se obterá outras de carácter mais específico que irão facilitar a descoberta de aspetos importantes do fenómeno. As questões de investigação constituem as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação, determinam os objetivos, delimitam as variáveis e as suas relações mútuas, bem como a população estudada (Fortin, 1999).

4.1 - Questões de Investigação

Depois de definida a questão de partida, que possui o cunho geral do trabalho, foram formuladas subsequentemente as perguntas orientadoras que têm inerentes aspetos mais específicos. *“As questões de investigação enunciam-se no presente, incluem uma ou várias variáveis e indicam qual é a população alvo...”* (Fortin, 2009:175).

- Qual o grau de Satisfação dos Enfermeiros do ACeS?
- Será que existe associação entre as expectativas e os resultados relativamente às dimensões da Satisfação Profissional?
- Será que existe relação entre as dimensões da Satisfação Profissional e as diferentes variáveis das condições contextuais do trabalho?
- Será que existe relação entre as dimensões da Satisfação Profissional e as características sociodemográficas?

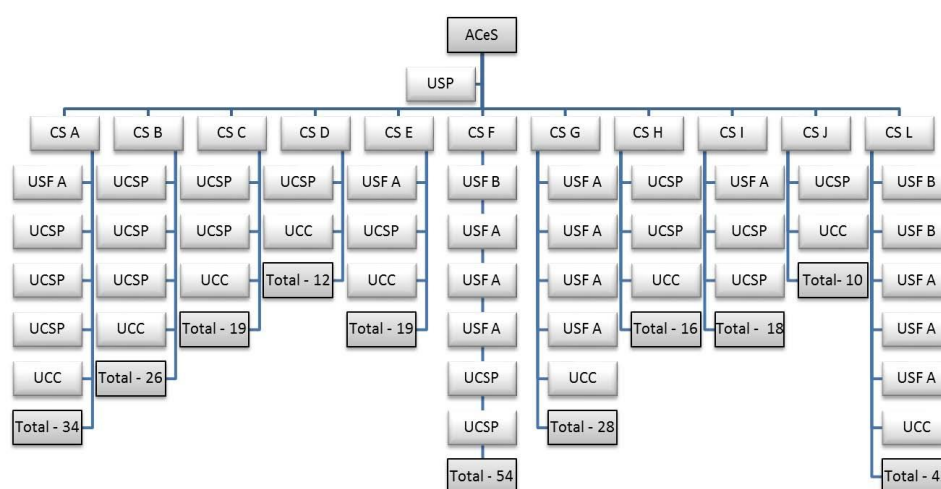
Pela importância que o trabalho assume nos dias de hoje torna-se pertinente desenvolver estudos que melhor nos ajudem a compreender a satisfação no trabalho. Muitos têm sido os estudos desenvolvidos sobre a problemática da satisfação, no sentido de identificar os fatores que a influenciam, assim como os efeitos que resultam da satisfação que a pessoa experimenta no seu trabalho. Como tal, uma das nossas pretensões, neste estudo, é saber quais os fatores relevantes que possam interferir no dia-a-dia dos enfermeiros e que possam condicionar a sua satisfação no trabalho.

4.2- População em estudo

A população alvo diz respeito a toda a população no qual o pesquisador está interessado e que tenha características comuns. *“A população é o conjunto das*

“pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente” (Fortin, 2009:311). A população estudada foi composta por todos os enfermeiros que trabalham, no momento da coleta dos dados, no ACeS, totalizando 278 profissionais, sendo definidos como critérios de exclusão todos os enfermeiros em licenças s/vencimento, atestados médicos, licenças de parto, ficando a população em estudo com 262 enfermeiros.

Figura Nº8- Representação da população dos Enfermeiros do ACeS por locais de trabalho.



Legenda:

ACeS-Agrupamento de Centros de Saúde.

CS A a CS L são os centros de saúde do ACeS.

USP- Unidade de Saúde Pública (esta unidade é transversal a todo o ACeS).

USF A- Unidade de Saúde Familiar modelo A.

USF B- Unidade de Saúde Familiar modelo B.

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

UCC- Unidade de Cuidados na comunidade.

Nesta figura estão representados todos os centros de saúde da nossa população. Os totais referem-se ao número de enfermeiros em cada centro de saúde e que estão distribuídos pelas diferentes unidades funcionais. O número total de enfermeiros pertencentes à USP está contabilizado nos respectivos centros de saúde apesar de esta unidade ser transversal a todo o ACeS.

Tabela Nº1 – Distribuição da amostra por género

Género		Nº	%
	Feminino	219	91,6
	Masculino	17	7,1
	Total	236	98,7
Missing	System	3	1,3
Total		239	100,0

Da amostra fazem parte 91,6% de enfermeiros do género feminino e 7,1% do género masculino, três enfermeiros não identificaram o género. Extrapolando para a enfermagem a nível nacional, verifica-se que o género feminino apresenta o seguinte valor, 53814 (82%), e o género masculino 12058 (18%) (OE, 2014).

Tabela Nº 2 – Distribuição da amostra por classes etárias

Classes Etárias		Nº	%
	Menos de 35 anos	66	27,6
	35-44 Anos	84	35,1
	45-54 Anos	78	32,6
	55 Ou mais anos	9	3,8
	Total	237	99,2
Missing	System	2	0,8
Total		239	100,0

Podemos constatar que a classe mais representativa é a 35 aos 44 anos (35,4%). A maioria dos enfermeiros tem menos de 44 anos. A nível nacional a classe etária mais representativa corresponde a 26-30 anos com 14 236, logo seguida da classe dos 31-35 anos com 12 615 (OE, 2014).

Tabela Nº3 – Distribuição da amostra segundo as Habilitações Profissionais

Habilitações Profissionais		Nº	%
	Bacharelato	32	13,4
	Licenciatura	153	64,0
	Especialidade	41	17,2
	Pós Graduação	1	0,4
	Mestrado	10	4,2
	Doutoramento	2	0,8
Total		239	100,0

Dos dados apresentados é de salientar que 64,0% dos enfermeiros são licenciados, contudo 13,4% tem o bacharelato e 17,2% possui uma especialidade. Apenas 2 têm doutoramento e 10 têm o mestrado. Pode-se afirmar que as habilitações são elevadas, pois predomina a Licenciatura, a Especialidade, a Pós-graduação e o Mestrado, que representam na sua totalidade 86,6%. Segundo dados da OE (2013), a nível nacional existem 17,9% de enfermeiros com o bacharelato e 72,0% com a Licenciatura. Acresce ainda que 20% dos enfermeiros possuem especialidade.

Em síntese a população é globalmente constituída por enfermeiras (91,6%) com idades compreendidas entre 35 e 54, são na maioria licenciadas, no entanto refere-se que 17,2% da população do estudo são enfermeiros especialistas.

4.3- Variáveis em estudo

Para Fortin (1999:36) “as *variáveis* são *qualidades ou características de objetos, pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças*”. Ainda segundo a mesma autora “as *variáveis* são *qualidades ou características às quais se atribuem valores*” (2009:171). Devem ser definidas com

clareza, objetividade e de forma operacional, para impedir comprometimento ou risco de invalidar a pesquisa.

Considerando a natureza do estudo foram selecionadas as variáveis que de seguida descrevemos e operacionalizamos.

A variável central é a satisfação profissional que é entendida como a atitude que pode ser expressa e medida através de opiniões e percepções, neste caso dos enfermeiros, sendo distinta dos comportamentos observáveis que estes têm no local de trabalho. Para medir esta variável centrar-nos-emos nas preferências e expectativas dos enfermeiros face a afirmações relacionadas com a cultura organizacional Graça (1999).

Quadro Nº 1 – Operacionalização da variável satisfação

Componentes	Dimensões	Indicadores
Deveria existir Existe	A convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor neste serviço	Escala de likert (Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
	A suficiente margem de autoridade ou de poder que considero indispensável ao exercício das minhas funções como enfermeiro/a	
	O sentimento de segurança no emprego devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal deste Aces	
	A certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências como pessoa e como enfermeiro/a	
	O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste serviço, independentemente da sua profissão ou carreira	
	O prestígio que gozo no meu meio social e/ou profissional, por trabalhar num serviço como este	
	O sentimento de que estou a dar um contributo importante para a realização da missão e dos objetivos atribuídos a este serviço (e à respetiva instituição)	
	A percepção de estar relativamente bem pago/a tendo em conta o nível do meu desempenho profissional	
	A oportunidade de ter verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos	

	<p>O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste serviço, independentemente da sua profissão ou carreira</p> <p>A disponibilidade de recursos, humanos e técnicos, necessários ao desempenho das minhas funções como enfermeiro/a</p> <p>A elevada autoestima que sinto, ou a imagem positiva que tenho de mim próprio/a, devido às funções ou ao cargo que desempenho neste serviço</p> <p>A margem de liberdade para eu planear, organizar, executar e avaliar o trabalho diário</p> <p>A perceção de estar relativamente bem pago/a, por comparação com outros profissionais com as mesmas qualificações e responsabilidades que as minhas, no sector publico ou privado</p> <p>A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional (pelo facto de trabalhar nesta instituição)</p> <p>A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos meus colegas enfermeiros deste serviço</p> <p>A oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento pessoal no âmbito da minha profissão e/ou da minha carreira profissional</p> <p>O respeito, o apreço e a confiança que nos manifestam os utentes deste serviço, a mim e aos demais profissionais</p> <p>A perceção de que a vogal do Conselho Clínico deste Aces dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objetivos</p> <p>O apoio com que posso contar por parte do meu Diretor (ou do meu Chefe), sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda</p>	
	<p>A confiança que sinto em relação ao futuro, tendo em conta eventuais mudanças a níveis da política da saúde (por ex: privatização da gestão dos serviços de saúde, reestruturação da carreira)</p> <p>O devido reconhecimento do meu desempenho profissional por parte da minha chefia</p> <p>O apoio que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda</p> <p>A garantia de que esta instituição tem uma política efetiva de proteção da saúde e da segurança das pessoas que aqui trabalham, incluindo a melhoria das condições de trabalho</p>	

	<p>A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras (por ex: administrativos, auxiliares, médicos)</p> <p>A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos</p> <p>A possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço</p> <p>A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efetiva e concreta as necessidades e as expectativas (de saúde) dos meus utentes</p> <p>O orgulho que sinto por trabalhar num serviço com uma boa imagem junto da comunidade em que está inserido</p> <p>A oportunidade de desenvolver um projeto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que na maior parte dos sítios que eu conheço</p> <p>A perceção de que o meu papel (e as minhas competências) como enfermeiro/a são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites (pelos demais profissionais)</p> <p>A garantia de qualidade dos cuidados e/ou serviços que são prestados aos doentes deste serviço, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham</p> <p>O sentimento de orgulho por integrar uma equipa de saúde tão competente e empenhada como a minha</p> <p>A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho</p> <p>A confiança que sinto em relação ao futuro do SNS, em geral, e da minha profissão ou carreira, em particular</p>	
	<p>A perceção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência.</p> <p>A certeza de que as minhas tarefas como enfermeiro/a têm um conteúdo rico, variado e exigente sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar</p> <p>A oportunidade efetiva e concreta de prestar, aos utentes do serviço, verdadeiros cuidados (e/ou serviços) integrados, continuados e personalizados</p>	

	A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de outros profissionais fora do serviço (por ex: psicólogos, assistentes sociais)	
	A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos utentes com que lido	
	A oportunidade de participar, como enfermeiro, em programas e atividades de saúde, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais	
	A perceção de estar relativamente bem pago/a, tendo em conta a minha opção por trabalhar e/ou viver no concelho a que pertence o Aces	
	A gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito/a diariamente (por ex: telefonemas, reuniões)	

Os indicadores expressam o seguinte: na primeira parte, composta por 43 proposições, é pedido que opte por um dos onze números da escala de intervalos. Para cada um dos itens pretende-se que os enfermeiros respondam de uma forma sistemática a duas questões A e B, sendo que o valor 0 correspondente a “nada/mínimo”; o 2 a “muito pouco”; o 5 a “assim-assim, nem pouco nem muito”; o valor 7 equivale ao “bastante”; o 9 ao “muitíssimo sem ser o máximo” e o valor 10 será “muito/máximo”.

Esta variável, e sua operacionalização teve por base os estudos de Graça (1999), Gonçalves (2007) e Fontes (2009).

Quadro Nº 2 – Operacionalização Características sócio – demográficas

Componentes	Dimensões	Indicadores
Sexo	Feminino Masculino	Sim / Não
Idade	Menos de 35 anos 35-44 Anos 45-54 Anos 55 Ou mais anos	Sim / Não
Habilitações académicas	Bacharelato Licenciatura Especialidade Pós Graduação Mestrado Doutoramento	Sim / Não

Esta variável pretende constituir-se como um meio de caracterizar a amostra e compreender a satisfação face à mesma.

Quadro Nº 3 – Operacionalização da variável característica profissional

Componentes	Dimensões	Indicadores
Condições de contexto	No seu local de trabalho, foi implementado algum projeto de Melhoria Contínua da Qualidade, segundo os Padrões da Qualidade da OE?	Sim / Não
	Centro de Saúde onde trabalha	CS- A; CS- B; CS- C; CS- D; CS- E; CS- F; CS- G; CS- H; CS- I; CS- J; CS- L.
	Unidade Funcional	USF (Modelo A) USF (Modelo B) UCSP USP UCC
	Método de trabalho	À tarefa Enfermeiro de Família Em Equipa Individual
	Número de utentes da lista	Menos de 1000 Utes De 1000 a 1500 Utes De 1500 a 2000 Utes Mais de 2000 Utes
	Horas semanais de trabalho	Mais de 35 Horas Menos de 35 Horas
	Funções de direção, chefia ou coordenação	Sim, formalmente Sim, informalmente Não
	Vínculo	Contrato de trabalho em Função Pública por Tempo Indeterminado Contrato em Função Pública a Termo Resolutivo Certo Contrato Individual de Trabalho (CIT) Contrato de Prestação de Serviços
	Situação no ACES	Vínculo definitivo neste Aces Mobilidade Cedência de Interesse Público Acumulação de Funções

	Antiguidade na profissão ou carreira	Menos de 10 anos 20-29 Anos 10-19 Anos 30 Ou mais Anos
	Antiguidade no atual serviço	Menos de 10 anos 20-29 Anos 10-19 Anos 30 Ou mais Anos
	Últimos doze meses, alguma vez pensaram	Pedir a exoneração do lugar do quadro ou a rescisão do contrato Concorrer ou pedir a transferência para outro estabelecimento ou serviço Pedir licença sem vencimento Pôr os papéis para aposentação antecipada Mudar de profissão Mudar de carreira ou de especialidade Nunca pensou em nenhuma destas hipóteses Não sabe ou não se lembra
Perceção sobre a possibilidade de voltar ao princípio	A mesma profissão ou carreira (por ex: enfermagem) Outro Centro de Saúde como local de trabalho O Serviço Nacional de Saúde como principal empregador O Sector Privado da Saúde como principal empregador Exclusivamente a atividade independente ou liberal O Hospital como local de trabalho principal O Centro de Saúde como local de trabalho principal O mesmo serviço onde hoje trabalho	Sim / Não Talvez N/S

Esta variável considerada como interveniente, onde se pretende melhorar as descrições dos trabalhadores face as características profissionais e que será a base de compreensão da satisfação na diferenciação no mundo do trabalho.

O método da organização dos cuidados tem influência no desenvolvimento de cuidados prestados de forma global ao indivíduo/família/comunidade, sendo também um dos fatores que poderão interferir com a satisfação profissional dos enfermeiros.

O método de trabalho à tarefa consiste no modo de organização em que o processo global de trabalho é parcelarizado em tarefas, em que cada profissional é responsabilizado pela concretização de parte dessas tarefas. Os cuidados prestados aos utentes são distribuídos pelos elementos da equipa de enfermagem, permitindo que um mesmo utente seja atendido por diferentes enfermeiros. Trata-se de um método no qual a concretização das tarefas assume a finalidade primordial do trabalho de cada enfermeiro. Parte-se das tarefas para padronizar as necessidades dos utentes e não dos utentes para a definição das tarefas (Costa, 2004). Este método de trabalho era frequentemente utilizado nos CSP antes da reforma.

O método de trabalho por equipa evidencia as características de um trabalho integrado, com comunicação clara, confiança e respeito. O foco de trabalho em equipa é baseado no esforço coletivo no atingimento de objetivos. Este método traz vantagens como a gestão do tempo, satisfação no trabalho e qualidade na prestação dos cuidados. Prestar cuidados de enfermagem em equipa permite desenvolver um caminho de cooperação que dê aos enfermeiros uma tarefa mais completa, com mais responsabilidades no seu trabalho, e torna-los mais aptos para interagir com os utentes. Abreu *et al.* (2005), acreditam que esta conceção do trabalho em equipa, deve merecer mais atenção visto que esta ferramenta é um instrumento básico no processo de cuidar.

O método de trabalho individual baseia-se no conceito de cuidado global, a responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados. Este método assegura a qualidade dos cuidados e segundo Kron e Gray (1999) aumenta a produtividade dos enfermeiros comparativamente ao método funcional e de equipa.

O método por enfermeiro de família é o método em que a família emerge como foco dos cuidados de enfermagem e, como tal, deverá ser entendida como unidade básica da sociedade que tem vindo a sofrer alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional, revelando fragilidades e potencialidades que determinam a saúde dos seus membros e da comunidade onde se insere, (Ramos *et al.* 2012). Assim o enfermeiro de saúde familiar é o profissional de referência e suporte qualificado que, em complementaridade funcional e numa perspetiva de intervenção em rede responde às necessidades da família no exercício das funções familiares.

O desenvolvimento do perfil profissional do enfermeiro de família, foi alvo de um estudo num grupo de trabalho, que posteriormente foi submetido a discussão em reunião do Conselho de Ministros, sendo que:

“(...) O CM aprovou os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. A implementação da atividade do enfermeiro de família obedece a um plano de ação mediante experiências piloto a desenvolver em cada Administração Regional de Saúde, I.P., a partir do segundo semestre de 2014 (...)” (OPSS-Relatório Primavera 2014:85)

A reforma dos CSP vem reforçar e incrementar valores que são intrínsecos ao método do enfermeiro de família, designadamente os de proximidade, acessibilidade, equidade, pro-atividade para com os grupos mais vulneráveis, com garantia da qualidade e envolvimento do cidadão, (Ramos *et al.* 2012). Neste estudo o método “enfermeiro de família” foi o método mais utilizado pelos enfermeiros, (61,9%).

Relativamente às situações de trabalho dos profissionais no ACeS em estudo verificaram-se algumas diferenças quanto à situação laboral desta população. O contrato de trabalho em funções públicas é um contrato de natureza administrativa, logo subordinado ao interesse público, que titula uma relação jurídica de emprego público.

A maior percentagem dos enfermeiros possui, vínculo definitivo neste ACeS contrato por tempo indeterminado: conforme indica o nº3 do artigo 9º da Lei nº 12-A/2008, trata-se de um contrato, onde o ato bilateral é celebrado entre uma entidade empregadora pública e um particular, nos termos do qual se constitui uma relação de trabalho subordinado, de natureza administrativa. Trata-se do acesso a um lugar numa carreira em que o trabalhador se encontre integrado nessa carreira.

Acumulação de funções, as funções ou atividades que, tendo conteúdo idêntico ao das funções públicas desempenhadas, sejam desenvolvidas de forma permanente ou habitual e se dirijam ao mesmo círculo de destinatários. Estas acumulações podem ser de duas naturezas: públicas ou privadas. De acordo com o nº 2 do artigo 28º da Lei 12-A/2008, para acumulações no privado determina que, esta acumulação de funções pelo trabalhador não pode ser concorrente ou similar com as funções públicas desempenhadas e que com estas sejam conflituantes. Na

obtenção desta autorização, conforme está descrito no nº 1 do artigo 29º depende de autorização da entidade competente.

Mobilidade por cedência de interesse público, sujeita o trabalhador às ordens e instruções do órgão ou serviço ou da entidade onde vai prestar funções, sendo remunerado por estes com respeito pelas disposições normativas aplicáveis ao exercício daquelas funções, conforme descreve o nº3 do artigo nº58 da Lei 12-A/2008. O acordo pressupõe a concordância escrita do órgão ou serviço do membro do Governo respetivo, da entidade e do trabalhador e implica, na falta de disposição em contrário, a suspensão de origem deste.

O contrato a termo resolutivo não se converte, em contrato por tempo indeterminado, caducando no termo do prazo máximo de duração previsto no presente regime ou, tratando -se de contrato a termo incerto, quando deixe de se verificar a situação que justificou a sua celebração. Sem prejuízo da produção plena dos seus efeitos durante o tempo em que tenham estado em execução, a celebração ou a renovação de contratos a termo resolutivo com violação do disposto no presente Regime implica a sua nulidade e gera responsabilidade civil, disciplinar e financeira dos dirigentes máximos dos órgãos ou serviços que os tenham celebrado ou renovado, conforme o nº2, e nº3 do artigo nº 92 da Lei nº 59/2008 de 11 de Setembro.

Contrato Individual de trabalho é o acordo tácito ou expresso, verbal ou escrito, por prazo determinado ou indeterminado, que corresponde a uma relação de emprego, que pode ser objeto de livre estipulação dos interessados em tudo quanto não contravenha as disposições de proteção do trabalho, às convenções coletivas que lhe seja aplicável e as decisões de autoridades competentes, Lei nº23/2004 de 22 de junho.

O contrato de prestação de serviços é um contrato pelo qual uma das partes se obriga a proporcionar à outra certo resultado do seu trabalho intelectual ou manual, com ou sem retribuição. A sua distinção com o contrato de trabalho prende-se desde logo no facto da possibilidade de ser gratuito, ao contrário do contrato do primeiro, necessariamente oneroso. Outra diferença encontra-se na inexistência de subordinação jurídica, que acontece no contrato de trabalho. No contrato de prestação de serviços o trabalhador não se coloca numa situação de dependência ou subordinação. Aqui, o trabalhador só se obriga a proporcionar a outrem o resultado do seu trabalho, a ele pertencendo sempre a liberdade de

organizar e tomar as estratégias que entender necessárias para a prossecução do mesmo. O contrato de prestação de serviços no seu sentido amplo pressupõe que o trabalhador seja independente, tendo este de emitir (recibos verdes ou semelhantes) à entidade que contrata o seu serviço, Lei nº12-A/2008 de 27 de Fevereiro.

4.4- Instrumento de colheita de dados

Foi escolhido um questionário de auto preenchimento para garantir a liberdade de preenchimento e anonimato dos dados. Para Fortin (2009:380), *“o questionário é um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões”*. O questionário tem por objetivo recolher informação sobre acontecimentos ou situações conhecidas, conhecimentos, sentimentos e opiniões, e tem como vantagens ser um meio rápido e pouco dispendioso e obter dados, junto de um grande número de pessoas distribuídas por um vasto território. Permite ainda a uniformidade da apresentação e das diretivas, o que assegura uma constância de um questionário para outro e, por este fato a fidelidade do instrumento e além disso permite o anonimato das respostas.

O questionário também tem inconvenientes como sendo o número de questionários devolvidos ser em número inferior aos distribuídos, com resposta omissas e o fato do respondente não ter contato direto com o investigador para obter esclarecimentos.

O questionário aplicado neste estudo é composto por três partes: uma sobre satisfação profissional; outra sobre contexto; e a última sobre as condições socio demográficas, num total 73 perguntas.

Na primeira parte a escala utilizada para a satisfação profissional, foi adaptado para a realidade portuguesa por Graça (1999) e já utilizada por outros autores. A escolha desta escala deveu-se, ao modelo atual de organização dos

CSP, considerando a fase de desenvolvimento de reestruturação dos serviços em unidades funcionais, bem como a necessidade de identificar quais as causas dessa satisfação/insatisfação, contribuindo para um indicador de gestão. A escolha deste instrumento de colheita de dados prendeu-se ainda pelo facto de estar adaptado para profissionais de saúde, por Graça (1999) e por ter sido aplicado ao mesmo grupo profissional por Gonçalves (2007), num estudo sobre a satisfação profissional dos enfermeiros em CSP com a realização de um pré teste onde não se verificaram dificuldades.

O questionário é de resposta direta, tendo apenas algumas indicações sobre o seu modo de preenchimento. A primeira parte destina-se a obter a opinião dos enfermeiros relativamente à variável dependente em estudo (satisfação profissional), englobando 43 proposições, a segunda parte destina-se a fazer a caracterização sociodemográfica, assim como as intenções comportamentais.

Com a questão **A** pretende-se saber a atribuição dada ao item que “deveria existir”, ou seja, obter as expectativas dos enfermeiros. Com a questão **B** pretende-se saber a atribuição dada ao item pelo que “existe atualmente” ou seja, obter os resultados, conhecer a realidade. O questionário tem ainda uma pergunta aberta, onde é dada a possibilidade ao inquirido de mencionar as suas observações, comentários, sugestões ou críticas relacionadas com o tema ou até mesmo com o próprio questionário.

Procedeu-se à análise da validade do questionário, ou seja, da consistência interna e fiabilidade. Para avaliação da consistência interna foi utilizado o Coeficiente de Alfa de Cronbach. O Coeficiente de Alfa de Cronbach é um índice de estimativa (consistência interna) que utiliza todas as informações sobre a variância e co-variância dos itens através da concentração de fatores comuns. Estas propriedades tornam esse coeficiente adequado para avaliar a confiabilidade de instrumentos de múltiplos itens. *“O cálculo do coeficiente de alfa permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito”*, (Fortin *et al.* 1999:227). O alfa está relacionado com o número de enunciados de uma escala sendo o coeficiente mais elevado se a escala comporta vários enunciados. O valor do coeficiente varia entre 0,00 a 1,00, correspondendo o valor mais elevado a uma maior consistência interna e neste estudo o valor foi **0,97** o que mostra uma excelente consistência interna, e uma **boa fiabilidade**. No estudo de Ribeiro (2003), o Coeficiente de Alfa de Cronbach no total da escala foi

de 0,89. O quadro seguinte mostra os valores deste coeficiente para as dimensões identificadas, concluindo-se que a consistência da primeira é extremamente elevada, a das duas seguintes é elevada e a da quarta é boa.

Quadro Nº 4 - Alfa de Cronbach das Dimensões da Escala do Grau de Satisfação Profissional - Até que Ponto Deveria Existir

Dimensão	Alfa
1 – Satisfação com o funcionamento do ACES	0.981
2 – Segurança laboral e bem-estar no local de trabalho	0.861
3 – Perceção de um bom nível de remuneração	0.825
4 – Desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição	0.723

Em conclusão, quer o questionário na sua globalidade, quer as dimensões identificadas revelam uma consistência interna e fiabilidade muito elevada, elevada ou pelo menos boa, o que significa que são válidas para os objetivos a que se destinam, permitindo confiar nas conclusões e resultados extraídos.

4.5 – Procedimentos do Estudo

Os procedimentos efetuados são de duas naturezas as éticas e as de colheita de dados. Embora de natureza diferentes estes procedimentos constituíram-se como fundamentais para a segurança do estudo pelo que lhe daremos um destaque em separado. O procedimento de colheita de dados é o que muitos autores chamam de protocolo, também garante que o processo é semelhante para toda a população pelo que o desenvolveremos em segundo lugar.

4.5.1- Procedimentos éticos

A proteção pela vida privada e pelas informações pessoais é um direito adquirido em muitas culturas. Este princípio envolve o direito à intimidade, ao anonimato e a confidencialidade. O direito à vida privada reporta-se à faculdade que o indivíduo tem de decidir por ele mesmo, sobre a informação de natureza pessoal que ele tornará pública no âmbito de uma participação num estudo (Fortin, 2009). *“Esse direito está protegido se os participantes estiverem bem informados sobre a natureza e a finalidade do estudo e se eles consentirem livremente em comunicar informações pessoais ao investigador”* (Levine, 1986 citado por Fortin, 2009:189).

Depois de abordar a pertinência do estudo com a Diretor Executivo do ACeS, foi elaborado o pedido formal dirigido ao Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro. Neste pedido constava o tema do estudo, a finalidade, os objetivos e a população abrangente, conforme (anexo I). Após a aprovação da Comissão de Ética e autorização do Presidente do Conselho Diretivo da ARSC, (anexo II) deu-se início à colheita de dados.

A escala utilizada no estudo é da autoria do Professor Doutor Luís Graça (1999), com adaptações de Gonçalves (2007), para isso procedeu-se ao pedido de autorização ao autor, para a sua aplicação (anexo III).

Para garantir a confidencialidade dos dados e o consentimento individual dos participantes organizamos a colheita de dados, como de seguida descreveremos, e assim consideramos que todos os participantes só respondiam se consentissem a utilização dos dados de forma livre e informada.

Foi salientado a participação voluntária, a confidencialidade e o anonimato dos inquiridos. *“Num estudo de investigação o participante tem o direito de conservar o anonimato e de receber a segurança que os dados colhidos se manterão confidenciais. A confidencialidade diz respeito à gestão das informações pessoais fornecidas pelo participante”* (Fortin, 2009:188). Em momento algum o investigador esteve em contacto direto com os participantes.

4.5.2 – Procedimento de Colheita de Dados

A colheita de dados consiste em recolher metodicamente informação junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida selecionados para esse fim.

Para este estudo foram usados questionários que foram distribuídos a todos os centros de saúde (num total de 11 CS) através dos enfermeiros chefes, ou na ausência destes pelos enfermeiros interlocutores (enfermeiros nomeados para gerir os CS). Posteriormente cada enfermeira chefe ou interlocutoras distribuía pelas respetivas unidades funcionais.

Os questionários foram em envelope fechado e em número correspondente ao número de enfermeiros existente em cada unidade funcional.

Foi dado um prazo de cerca de um mês para a recolha. Os profissionais procediam ao preenchimento de forma individual e após o seu preenchimento devolviam à enfermeira chefe ou interlocutora, que por sua vez remetia-os em envelope fechado para a investigadora. Acreditamos assim que a forma de envio e recolha foi uniforme para toda a população.

5- APRESENTAÇÃO DOS DADOS

O presente capítulo apresenta os resultados do trabalho de campo e nesse sentido iniciamos por descrever a realidade do ACeS seguindo-se os dados da satisfação profissional esperável e da satisfação real.

5.1 – O que Emerge da Realidade do ACeS

De seguida apresentaremos os dados das variáveis intervenientes, e que nos ajudam a compreender a realidade das condições de trabalho dos enfermeiros neste estudo sobre satisfação profissional.

Tabela Nº4 – Distribuição da amostra por Unidade Funcional

Unidade Funcional		Nº	%
	USF (Modelo A)	52	21,8
	USF (Modelo B)	24	10,0
	UCSP	116	48,5
	USP	12	5,0
	UCC	25	10,5
	Total	229	95,8
Missing	System	10	4,2
Total		239	100,0

A maior frequência de enfermeiros (48,5%) trabalha na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) seguindo-se os que trabalham das Unidade de Saúde Familiar (USF) (Modelo A – 21,8%) e (Modelo B – 10%). De referir que embora estejam em fase de implementação as UCC's representam um valor de 10.5%.

Tabela Nº 5 – Distribuição da amostra por método de trabalho que utilizam no seu dia-a-dia.

Método de Trabalho		Nº	%
	À tarefa	2	0,8
	Enfermeiro de Família	148	61,9
	Em Equipa	61	25,5
	Individual	5	2,1
	Total	216	90,4
Missing	System	23	9,6
Total		239	100,0

Relativamente ao método de trabalho utilizado no dia-a-dia, predominam os enfermeiros de família (61.9%), seguindo-se o método em equipa (25.5%). O método de trabalho de enfermeiro de família enquadra-se no contexto dos CSP, especificamente nas USF e nas UCSP o que vem de acordo com a distribuição dos enfermeiros por estas unidades prestadoras de cuidados, responsabilizando-se pela prestação de cuidados de enfermagem a um grupo de famílias, nas diferentes fases do ciclo vital e aos diferentes níveis da prevenção, onde 80,3% dos enfermeiros em estudo exercem funções.

Tabela Nº6 – Distribuição da amostra por número de utentes

Número de utentes		Nº	%
	Menos de 1000 Utentes	5	2,1
	De 1000 a 1500 Utentes	35	14,6
	De 1500 a 2000 Utentes	123	51,5
	Mais de 2000 Utentes	58	24,3
	Total	221	92,5
Missing	System	18	7,5
Total		239	100,0

Predomina a classe de 1500 a 2000 utente (51.5% dos enfermeiros), seguindo-se mais de 2000 utentes (24.3%). Com menos de 1000 utentes o valor é insignificante, apenas (2.1%). De acordo com o nº 2 do artigo 9º do decreto-lei 298/07 de 22 de Agosto, “a cada enfermeiro devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias”, ou seja sensivelmente uma lista de 1550 utentes, de acordo com o nº 3 do mesmo artigo.

Tabela Nº7 – Distribuição da amostra por horas semanais de trabalho

Horas semanais de trabalho		Nº	%
	30	1	0,4
	35	11	4,6
	40	221	92,5
	45	2	0,8
	Total	235	98,3
Missing	System	4	1,7
Total		239	100,0

A quase totalidade dos enfermeiros trabalha as 40 horas semanais (92.5%), dando cumprimento ao estipulado no nº1 do artigo 2º da Lei nº 68/13 de 29 de agosto, que determina que o período normal dos profissionais em funções públicas é de 8 horas por dia e 40 horas por semana.

Tabela Nº8 – Distribuição da amostra por exercer atualmente funções de direção, chefia ou coordenação

Funções de direção chefia ou coordenação		Nº	%
	Sim formalmente	27	11,3
	Sim informalmente	28	11,7
	Não	183	76,6
	Total	238	99,6
Missing	System	1	0,4
Total		239	100,0

A grande maioria dos enfermeiros não exerce atualmente funções de direção, chefia ou coordenação (76.6%), seguindo-se os que exercem as funções informalmente (11,7%) e os que as exercem formalmente (11,3%), ou seja aos enfermeiros chefes de acordo com o decreto-lei 437 de 8 de novembro de 1991 no seu artigo nº 8, sendo considerado carreira subsistente como determina o decreto-lei n.º 122/10, de 11 de novembro 2010. Os enfermeiros com funções de chefia de forma informal são os que, não sendo enfermeiros chefes de carreira, foram nomeados para funções de chefia pelo órgão de gestão do ACeS.

Tabela Nº9 – Distribuição da amostra por tipos de vínculo

Tipos de vínculo		Nº	%
	Contrato de trabalho em Função Pública por Tempo Indeterminado	228	95,4
	Contrato em Função Pública a Termo Resolutivo Certo	4	1,7
	Contrato Individual de Trabalho (CIT)	5	2,1
	Contrato de Prestação de Serviços	1	0,4
	Total	238	99,6
Missing	System	1	0,4
Total		239	100,0

A quase totalidade dos enfermeiros tem contrato de trabalho em função pública por tempo indeterminado (95.4%), seguindo-se os que têm contrato individual de trabalho (2.1%), os que têm contrato em funções públicas a termo resolutivo certo (1.7%) e os que têm contrato de prestação de serviços (0.4%).

O contrato de trabalho é aquele pelo qual uma pessoa se obriga, mediante retribuição, a prestar a sua atividade intelectual ou manual a outra pessoa, sob a autoridade e direção desta. A promessa de contrato de trabalho só é válida se constar de documento escrito e assinado pelo promitente, donde resulte inequivocamente a vontade deste se obrigar, a espécie de trabalho a prestar e a

retribuição pelo trabalho prestado, conforme está descrito no art.º 8º da Lei do Contrato de Trabalho.

Tabela Nº10 – Distribuição da amostra por situação no ACeS.

Situação no Aces		Nº	%
	Vínculo definitivo neste Aces	224	93,7
	Mobilidade	2	0,8
	Cedência de Interesse Público	5	2,1
	Total	231	96,7
Missing	System	8	3,3
Total		239	100,0

A quase totalidade dos enfermeiros tem vínculo definitivo no respetivo ACeS (93.7%), seguindo-se os que estão numa situação de Cedência de Interesse Público (2.1%) e os que estão em mobilidade (0,8%), não existindo nenhuma acumulação de funções. O fato dos profissionais possuírem vínculo definitivo no ACeS, auferem-lhes estabilidade profissional, o que poderá induzir satisfação profissional implicando maior qualidade na prestação de cuidados.

Tabela Nº11 – Distribuição da amostra por antiguidade na profissão ou carreira

Opinião		Nº	%
	Menos de 10 anos	58	24,3
	10-19 Anos	75	31,4
	20-29 Anos	85	35,6
	30 Ou mais Anos	19	7,9
	Total	237	99,2
Missing	System	2	0,8
Total		239	100,0

A maior parte dos enfermeiros tem entre 20 e 29 anos de carreira (35,6%), seguindo-se os que têm entre 10 e 19 anos (31,4%) e os que têm 30 ou mais anos (7,9%). Com menos de 10 anos de serviço temos 24,3%. A experiência profissional permite ao longo dos anos um aprimorar de técnicas e saberes que num processo

contínuo de iniciado a perito. A prestação de cuidados é um todo integrado que requer que o enfermeiro desenvolva o caráter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prestação, visto que a prestação de cuidados é mais do que uma coleção de técnicas e saberes (Benner, 2005).

Tabela Nº12 – Distribuição da amostra por Antiguidade no atual serviço

Opinião		Nº	%
	Menos de 10 anos	132	55,2
	10-19 Anos	72	30,1
	20-29 Anos	27	11,3
	30 Ou mais Anos	6	2,5
	Total	237	99,2
Missing	System	2	0,8
Total		239	100,0

A maioria dos enfermeiros tem menos de 10 anos no atual serviço (55.2%), seguindo-se os que têm entre 10 e 19 anos (30.1%), os que têm entre 20 e 29 anos (11.3%) e os que têm 30 ou mais anos (2.5%). O número de enfermeiros diminui à medida que aumenta a antiguidade no atual serviço, predominando os que estão há menos tempo (menos de 10 anos) e existindo poucos enfermeiros há mais de 19 anos. O fato destes enfermeiros possuírem menos de 10 anos no atual serviço, não é sinónimo de pouca antiguidade na carreira de enfermagem, muitos destes profissionais foram submetidos a processos de mobilidade vindos de outras Instituições de Saúde.

Tabela Nº13 – Distribuição da opinião dos enfermeiros sobre alguns dos pensamentos que tiveram nos últimos doze meses

Opinião		Nº	%
	Pedir a exoneração do lugar do quadro ou a rescisão do contrato	1	0,4
	Concorrer ou pedir a transferência para outro estabelecimento ou serviço	28	11,7
	Pedir licença sem vencimento	14	5,9
	Pôr os papéis para aposentação antecipada	7	2,9
	Mudar de profissão	13	5,4
	Mudar de carreira ou de especialidade	5	2,1
	Nunca pensou em nenhuma destas hipóteses	113	47,3
	Não sabe ou não se lembra	14	5,9
	Mais do que uma opção	35	14,6
	Total	230	96,2
Missing	System	9	3,8
Total		239	100,0

Destacam-se as respostas “ Nunca pensou em nenhuma destas hipóteses”, a mais frequente (47.3% das respostas), “Concorrer ou pedir a transferência para outro estabelecimento ou serviço” (11.7%), “Pedir licença sem vencimento” e “Não sabe/ Não se lembra” com (5.9%)”, e “ Mudar de Profissão” (5.4%). As restantes respostas têm pouca expressão. Vários enfermeiros assinalaram várias opções em simultâneo (14.6%). Estes valores poderão ser indicativos de uma satisfação no local de trabalho, quer a nível de clima organizacional quer a nível de relações entre pares e multiprofissionais.

A distribuição das respostas dos enfermeiros relativas às opções que eles escolheriam hoje se tivesse possibilidade de voltar ao princípio encontram-se a seguir:

Tabela Nº14 - Distribuição da amostra sobre permanecer na mesma profissão ou carreira (enfermagem)

Opinião		Nº	%
	Sim	158	66,1
	Não	24	10,0
	Talvez	44	18,4
	Sem opinião	10	4,2
	Total	236	98,7
Missing	System	3	1,3
Total		239	100,0

A mesma profissão ou carreira, “sim” é a resposta maioritária (66.1% dos enfermeiros), seguindo-se “Talvez” (18.4%), “Não” (10.0%) e “Não sabe” (4.2%). Portanto, a opção pela escolha da mesma profissão ou carreira é muito clara (note-se que “Sim” e “Talvez” em conjunto representam (84.5% dos enfermeiros).

Tabela Nº15 - Distribuição da amostra por escolha de outro local de trabalho sendo um Centro de Saúde.

Opinião		Nº	%
	Sim	31	13,0
	Não	145	60,7
	Talvez	42	17,6
	Sem opinião	15	6,3
	Total	233	97,5
Missing	System	6	2,5
Total		239	100,0

Outro Centro de saúde como local de trabalho “Não” é a resposta maioritária (60.7% dos enfermeiros), seguindo-se “Talvez” (17.6%), “Sim” (13%) e “Não Sabe” (6.3%). Portanto a opção por outro centro de saúde como local de trabalho é fortemente recusada (note-se que “Sim” e “Talvez” em conjunto representam 30.6% dos enfermeiros). Estes resultados podem significar o bem-estar com a organização em que se encontram.

Tabela Nº 16 - Distribuição da amostra por principal empregador

Opinião		Serviço Nacional de Saúde		Sector Privado da Saúde	
		Nº	%	Nº	%
	Sim	94	39,3	22	9,2
	Não	35	14,6	106	44,4
	Talvez	80	33,5	76	31,8
	Sem opinião	24	10,0	29	12,1
	Total	233	97,5	233	97,5
Missing	System	6	2,5	6	2,5
Total		239	100,0	239	100,0

O Serviço Nacional de Saúde como principal empregador “Sim” é a resposta mais frequente (39.3% dos enfermeiros), seguindo-se “Talvez” (33.5%), “Não” (14.6%) e “Não Sabe” (10%). Portanto, a escolha pelo SNS como principal empregador é a mais frequente (note-se que “Sim” e “Talvez” em conjunto representam (72.8% dos enfermeiros), como no estudo de Castro et al (2011), onde nenhum enfermeiro escolheu o setor privado como principal empregador.

O Setor Privado da Saúde como principal empregador “Não” é a resposta mais frequente (44,4% dos enfermeiros), seguindo-se “Talvez” (31,8%), “Não Sabe” (12,1%) e “Sim” (9,2%). Portanto, a opção pelo Setor Privado da Saúde como principal empregador é pouco considerada (note-se que “Sim” e “Talvez” em conjunto representam (41,0% dos enfermeiros).

Tabela Nº17 - Distribuição da amostra por exclusivamente em atividade independente ou liberal

Opinião		Nº	%
	Sim	7	2,9
	Não	140	58,6
	Talvez	53	22,2
	Sem opinião	32	13,4
	Total	232	97,1
Missing	System	7	2,9
Total		239	100,0

Exclusivamente a atividade independente ou liberal “Não” é a resposta maioritária (58.6% dos enfermeiros), seguindo-se “Talvez” (22.2%), “Não Sabe” (13.4%) e “Sim” (2.9%). Desta forma, a opção exclusiva pela atividade independente ou liberal é fortemente recusada (note-se que “Sim” e “Talvez” em conjunto representam apenas (25.1% dos enfermeiros). O que significa que (58,6%) destes enfermeiros perante a possibilidade de voltar ao princípio não escolheriam a atividade independente ou liberal, apenas (2,9%) é que colocam esta alternativa. É cultural na nossa sociedade que os indivíduos que exercem atividade laboral em funções públicas sintam maior estabilidade e segurança profissional.

Tabela Nº18 - Distribuição da amostra por local de trabalho principal

Opinião		Hospital		Centro de Saúde	
		Nº	%	Nº	%
	Sim	20	8,4	140	58,6
	Não	150	62,8	23	9,6
	Talvez	46	19,2	52	21,8
	Sem opinião	19	7,9	17	7,1
	Total	235	98,3	232	97,1
Missing	System	4	1,7	7	2,9
Total		239	100,0	239	100,0

O Hospital como local de trabalho principal “Não” é a resposta maioritária (62.8% dos enfermeiros), seguindo-se “Talvez” (19.2%), “Sim” (8.4%) e “Não Sabe” (7.9%). Portanto, o Hospital como local de trabalho principal é fortemente recusada (note-se que “Sim” e “Talvez” em conjunto representam apenas (27.6% dos enfermeiros).

O Centro de Saúde como local de trabalho principal “Sim” é a resposta maioritária (58.6% dos enfermeiros), seguindo-se “Talvez” (21.8%), “Não” (9.6%) e “Não Sabe” (7.1%). Portanto, a opção pelo centro de saúde como local de trabalho principal é muito clara (note-se que “Sim” e “Talvez” em conjunto representam (80.4% dos enfermeiros).

Tabela Nº19 - Distribuição da amostra sobre a vontade de manter o mesmo serviço onde trabalha

Opinião		Nº	%
	Sim	128	53,6
	Não	26	10,9
	Talvez	63	26,4
	Sem opinião	17	7,1
	Total	234	97,9
Missing	System	5	2,1
Total		239	100,0

O mesmo serviço onde hoje trabalha “Sim” é a resposta maioritária (53.6% dos enfermeiro), seguindo-se “Talvez” (26.4%), “Não” (10.9%) e “Não Sabe” (7.1%). Portanto, a opção pelo mesmo serviço é clara (note-se que “Sim” e “Talvez” em conjunto representam 80% dos enfermeiros). Estes valores podem traduzir que os profissionais encontram-se satisfeitos com o seu ambiente de trabalho e com toda a dinâmica organizacional

Em síntese os enfermeiros do estudo cerca de metade (53,6%) expressa que têm vontade de se manterem no mesmo serviço e que nos leva a considerar que estão satisfeitos, com o serviço onde desenvolvem atividade.

Sobre o trabalho, os enfermeiros são maioritariamente trabalhadores das UCSP, usam na maior percentagem o método enfermeiro de família trabalham 40 horas e atendem de 1500 a 2000 utentes. A maioria trabalha na prestação de cuidados, o seu vínculo é contrato de trabalho em Função Pública por Tempo Indeterminado e tem vínculo definitivo neste ACeS.

A maior percentagem dos enfermeiros tem 20-29 Anos de antiguidade e estão no atual serviço há menos de 10 anos. A maioria pensou em nenhuma destas alternativas que apresentamos sobre o trabalho e pretende manter-se na mesma profissão.

A maioria dos enfermeiros apenas teve este emprego e o emprego principal é o centro da saúde. Segundo Ribeiro (2009) a existência de fatores que motivam o enfermeiro a permanecer no mesmo trabalho é fazer o que gosta; ter estabilidade

adquirida por concurso público; ter compromisso com a população; ser valorização no serviço.

5.2 – Um Olhar sobre a Satisfação Profissional dos Enfermeiros

A satisfação no trabalho tem sido uma variável amplamente estudada pela importância que tem em termos individuais, de grupo, social e nas organizações surgindo como uma das variáveis relacionadas com o trabalho de maior relevância na atualidade. Segundo a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), a satisfação profissional é, um dos critérios de avaliação periódica do Serviço Nacional de Saúde (SNS), paralelamente à satisfação dos utentes, à qualidade dos cuidados de enfermagem e da eficiente utilização dos recursos numa ótica de custo-benefício.

Procuramos compreender a satisfação profissional dos enfermeiros do ACeS do estudo através da aplicação da escala da satisfação profissional (adaptado de Graça, 1999) onde se relaciona o que deveria de existir e o que existe, num conjunto de afirmações, e que passaremos a descrever organizando os resultados no Anexo III e IV, de forma a compreender a diferença de cada questão.

Sobre a convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor neste serviço: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (56.5% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (26.8%), “8” (11.7%), “7” (3.8%) e “5” (1.3%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 83.3% dos enfermeiros e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 98.8%). Com efeito, o valor médio é de 9.3 (muito próximo do máximo, que é 10), com um baixo desvio padrão (apenas 1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “7” é a resposta mais frequente (17.2% dos enfermeiros), seguindo-se “5”

(14.6%), “8” (13.8%), “9” (13%), “6” (11.7%), “10” (9.6%), “4” (6.3%), “3” (5.9%), “2” (4.6%) e “1” (3.3%), não existindo quaisquer respostas “0”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). Com efeito, o valor médio é de 6.4 (apenas um pouco superior ao ponto médio da escala, que é 5), com um desvio padrão moderado (2.4), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre a margem de autoridade ou de poder que considero indispensável ao exercício das minhas funções como enfermeiro/a: **até que ponto deveria existir** – “9” é a resposta mais frequente (33.1% dos enfermeiros), seguindo-se “10” (30.5%), “8” (18.8%), “7” (9.2%), “5” (5%), “6” (1.7%), “4” (0.8%) e “3” e “0” (0.4% cada), não existindo quaisquer respostas “1” ou “2”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 63.6% dos enfermeiros e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 91.6%). O valor médio é de 8.6 (próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.5), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “7” é a resposta mais frequente (20.1% dos enfermeiros), seguindo-se “8” (19.7%), “6” (13%), “5” e “9” (12.1% cada), “4” (9.6%), “10” (6.3%), “2” (3.8%), “3” (2.1%), “0” (0.8%) e “1” (0.4%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O valor médio é de 6.6 (apenas um pouco superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.1), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre o sentimento de segurança no emprego devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal deste Aces: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (56.9% dos enfermeiros), seguindo-se “10” (30.5%), “8” (18.8%), “7” (9.2%), “5” (5%), “6” (1.7%), “4” (0.8%) e “3” e “0” (0.4% cada), não existindo quaisquer respostas “1” ou “2”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 79.1% dos enfermeiros e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 91.7%). O valor médio é de 9 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.6), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (22.7% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (16%), “5” (15.1%), “9” (13%), “6” (8.8%), “10” (6.7%), “4” (5.9%), “2” (4.6%), “3” (4.2%), “1” (1.7%) e “0” (1.3%). Portanto, o

grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O valor médio é de 6.5 (apenas um pouco superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.3), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre a certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências como pessoa e como enfermeiro/a: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (67.8% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (23.4%), “8” (5.9%), “5” (2.5%) e “7” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 91.2% dos enfermeiros e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 97.5%). O valor médio é de 9.5 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 0.9), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (27.2% dos enfermeiros), seguindo-se “10” (21.3%), “9” (18.8%), “7” (15.1%), “6” (6.7%), “5” (5.4%), “4” (3.8%), “3” (0.8%) e “2” e “1” (0.4% cada), não existindo respostas “0”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “7” e “10”). O valor médio é de 7.9 (um valor moderado ou mesmo pouco elevado), com um desvio padrão um pouco baixo (1.8), refletindo a maior concentração das respostas entre “7” e “10”.

Sobre o elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste serviço, independentemente da sua profissão ou carreira: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (70.3% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (20.5%), “8” (7.5%), “7” (0.8%), “6” e “5” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 70.3% dos enfermeiros, que “10” e “9” em conjunto representam 90.8% dos enfermeiros e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 99.2%, ou seja, a quase totalidade). O valor médio é de 9.6 (muito próximo do máximo), com um desvio padrão muito baixo (apenas 0.8), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (23% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (17.2%), “7” (14.2%), “5” (12.6%), “6” (10.5%), “4” e “10” (6.7% cada), “3” (4.2%), “2” (3.8%) e “1” (1.3%), não existindo respostas “0”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O

valor médio é de 6.8 (apenas um pouco superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.2), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre o prestígio que gozo no meu meio social e/ou profissional, por trabalhar num serviço como este elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste serviço, independentemente da sua profissão ou carreira: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta mais frequente (35.3% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (28.2%), “8” (18.1%), “5” (8%), “7” (5%), “0” e “1” (0.8% cada) e “6”, “5” e “4” (0.4% cada). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é moderado ou mesmo um pouco elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 63.5% dos enfermeiros e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 86.6%). O valor médio é de 8.5 (próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.9), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “5” é a resposta mais frequente (22.7% dos enfermeiros), seguindo-se “8” (19.7%), “7” (16.6%), “6” (14.7%), “9” (9.2%), “10” (5%), “2” (3.8%), “4” (2.9%), “1” (2.1%) e “0” (1.7%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O valor médio é de 6.3 (apenas um pouco superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.2), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre o sentimento de que estou a dar um contributo importante para a realização da missão e dos objetivos atribuídos a este serviço (e à respetiva instituição): **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (53.1% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (31.8%), “8” (10%), “7” (2.1%), “6” (1.7%) e “5” (1.3%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 84.9% dos enfermeiros e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 97%). O valor médio é de 9.3 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “10” é a resposta mais frequente (19.7% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (21.8%), “8” (21%), “7” (13%), “6” (11.8%), “5” (8.4%), “4” e “3” (1.7%) e “2” (0.8%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado ou mesmo um pouco elevado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “6” e “10”). O

valor médio é de 7.8 (um pouco elevado, claramente superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado ou um pouco baixo (1.8), refletindo a dispersão considerável das respostas, mas alguma concentração em valores ligeiramente elevados.

Sobre a percepção de estar relativamente bem pago/a tendo em conta o nível do meu desempenho profissional: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (62.6% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (21.4%), “8” (8%), “7” (2.9%), “3” e “4” (1.3% cada), “5” e “6” (0.8%) e “0” e “2” (0.4% cada), não existindo quaisquer respostas “0”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 62.6, que “10” e “9” em conjunto representam 84% dos enfermeiros e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 94.9%). O valor médio é de 9.2 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.5), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “2” é a resposta mais frequente (18.5% dos enfermeiros), seguindo-se “5” (14.3%), “4” (13%), “1” e “6” (11.8% cada), “0” (9.7%), “3” (9.2%), “7” (7.1%), “8” (3.4%), “10” (0.8%) e “9” (0.4%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é baixo (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “0” e “6”). O valor médio é de 3.6 (inferior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.3), refletindo a dispersão considerável das respostas, com preponderância das respostas mais baixas.

Sobre a oportunidade de ter verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta mais frequente (34.5% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (30.3%), “8” (17.6%), “7” (7.1%), “5” (6.7%), “6” (2.5%), “3” (0.8%) e “0” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 64.8% dos enfermeiros e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 89.5%). O valor médio é de 8.6 (próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.6), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “5” é a resposta mais frequente (19.7% dos enfermeiros), seguindo-se “8” (16%), “9” (15.1%), “7” (14.3%), “6” (11.3%), “10” (8.8%), “3” e “4” (4.6% cada), “2” (3.4%), “1” (1.3%) e “0” (0.8%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O valor médio é de 6.6 (apenas um pouco superior ao ponto médio

da escala), com um desvio padrão moderado (2.3), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre a disponibilidade de recursos, humanos e técnicos, necessários ao desempenho das minhas funções como enfermeiro/a: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (58.2% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (30.1%), “8” (6.7%), “6” e “7” (2.1% cada) e “4” e “5” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 58.2%, que “10” e “9” em conjunto representam 88.3% dos enfermeiros e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 95%). O valor médio é de 9.4 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “5” é a resposta mais frequente (24.3% dos enfermeiros), seguindo-se “6” (16.7%), “7” (15.9%), “4” (13.4%), “8” (11.7%), “2” (6.3%), “3” (5.9%), “9” (3.8%), “0” e “10” (0.8% cada) e “1” (0.4%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “4” e “8”). O valor médio é de 5.5 (apenas ligeiramente acima do ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (1.9), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre a elevada autoestima que sinto, ou a imagem positiva que tenho de mim próprio/a, devido às funções ou ao cargo que desempenho neste serviço: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta mais frequente (49.2% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (31.5%), “8” (10.5%), “7” (5.9%) e “6” e “5” (1.3% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 80.7% dos enfermeiros e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 91.2%). O valor médio é de 9.1 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.2), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (25.2% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (22.3%), “9” (14.7%), “5” (12.6%), “6” (10.1%), “10” (7.1%), “3” (2.9%), “2” (2.5%), “4” (2.1%) e “1” (0.4%), não existindo quaisquer respostas “0”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O valor médio é de 7.1 (um pouco superior ao ponto médio da

escala), com um desvio padrão moderado (1.9), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre a margem de liberdade para eu planejar, organizar, executar e avaliar o trabalho diário: até que ponto deveria existir – “10” é a resposta maioritária (51.9% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (34.6%), “8” (9.3%), “7” (3%), “6” (0.8%) e “3” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 86.5% dos enfermeiros e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 95.8%). O valor médio é de 9.3 (próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 0.9), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; até que ponto existe – “9” é a resposta mais frequente (22.8% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (21.5%), “8” (20.7%), “10” (12.7%), “6” (8.9%), “5” (6.3%), “3” (2.5%), “2” e “4” (2.1% cada) e “0” (0.4%), não existindo quaisquer respostas “1”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é um pouco elevado (note-se a grande dispersão das respostas e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 77.7%). O valor médio é de 7.5 (um valor um pouco elevado, claramente superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (1.9), refletindo a dispersão considerável das respostas, mas com predomínio de valores um pouco elevados.

Sobre a perceção de estar relativamente bem pago/a, por comparação com outros profissionais com as mesmas qualificações e responsabilidades que as minhas, no sector publico ou privado: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (58% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (23.5%), “8” (8.8%), “7” (4.6%), “6” (1.7%), “5” (1.3%), “4” (0.4%), “3” (0.8%), e “1” e “0” (0.4% cada), não existindo quaisquer respostas “2”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 81.5% dos enfermeiros e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 94.9%). O valor médio é de 9.2 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.5), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “4” é a resposta mais frequente (15.1% dos enfermeiros), seguindo-se “6” (14.7%), “5” (13.9%), “3” (13.4%), “2” (11.3%), “0” e “7” (8% cada), “1” (7.6%), “8” (4.6%), “9” (2.5%) e “10” (0.8%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é baixo (note-se a grande dispersão das respostas, quase não existindo respostas “9” e “10” e existindo muito poucas entre “8” e “10”, o que significa que os enfermeiros responderam quase todos até “7” e

especialmente até “6”, o que mostra um baixo grau de satisfação). O valor médio é de 4.1 (um pouco inferior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.4), refletindo a dispersão considerável das respostas, com predomínio de valores um pouco baixos.

Sobre a garantia da estabilidade em relação ao meu futuro profissional (pelo facto de trabalhar nesta instituição: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (55.9% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (25.6%), “8” (10.9%), “7” e “5” (2.5%), “6” (1.7%) e “4” e “1” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 81.5% dos enfermeiros e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 92.4%). O valor médio é de 9.2 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.3), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (20.8% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (19.9%), “5” (16.1%), “6” (12.7%), “9” (8.5%), “4” (6.4%), “2” e “3” (4.2% cada), “10” (3.4%), “0” (2.1%) e “1” (1.7%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “8”). O valor médio é de 6.2 (apenas um pouco superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.2), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre a cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos meus colegas enfermeiros deste serviço: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (66.9% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (22.9%), “8” (6.4%), “7” (2.5%) e “6”, “3” e “1” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se “10” representa por si só 66.9%, que “10” e “9” em conjunto representam 89.8% dos enfermeiros e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 96.2%). O valor médio é de 9.5 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “9” é a resposta mais frequente (29.1% dos enfermeiros), seguindo-se “8” (23.6%), “10” (18.1%), “7” (11%), “6” (7.2%), “5” (5.9%), “3” (2.1%), “4” (1.7%), “2” (0.8%) e “1” (0.4%), não existindo quaisquer respostas “0”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado ou mesmo um pouco elevado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “7” e “10” e especialmente entre “8” e

“10”). O valor médio é de 8 (um valor um pouco elevado), com um desvio padrão moderado ou mesmo um pouco baixo (1.8), mostrando a existência de alguma concentração das respostas.

Sobre a oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento pessoal no âmbito da minha profissão e/ou da minha carreira profissional: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (63.4% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (24.4%), “8” (8%), “7” (2.1%), “6” (1.3%) e “4” e “2” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é elevado (note-se que “10” representa por si só 63.4% dos enfermeiros, que “10” e “9” em conjunto representam 87.8% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 95.8%). O valor médio é de 9.4 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “5” é a resposta mais frequente (18.9% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (16.8%), “6” (14.7%), “8” (10.9%) “4” (10.5%), “9” (9.2%), “10” (6.3%), “3” (4.6%), “2” (4.2%), “1” (2.5%) e “0” (1.3%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “4” e “9”). O valor médio é de 6 (apenas um pouco superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.3), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre o respeito, o apreço e a confiança que nos manifestam os utentes deste serviço, a mim e aos demais profissionais: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (57.6% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (29.8%), “8” (8.4%), “7” (2.9%) e “6” (1.3%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 57.6% dos enfermeiros, que “10” e “9” em conjunto representam 87.4% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 95.8%). O valor médio é de 9.4 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 0.9), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” e “9” são as respostas mais frequentes (22.8% dos enfermeiros, cada), seguindo-se “7” (15.6%), “5” (12.2%), “6” (11.4%), “10” (9.3%), “4” (3.4%), “3” (1.7%) e “1” e “2” (0.4% cada), não existindo quaisquer respostas “0”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é um pouco elevado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”, representando “8” e “9” em conjunto 45.6%). O valor

médio é de 7.4 (um valor um pouco elevado, claramente superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (1.8), refletindo a dispersão considerável das respostas, embora predominando valores um pouco elevados.

Sobre a percepção de que a vogal do Conselho Clínico deste ACeS dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objetivos: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (59.7% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (22.7%), “8” (11.8%), “5” e “7” (1.7% cada), “6” (1.3%), “3” (0.8%) e “1” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 59.7% dos enfermeiros, que “10” e “9” em conjunto representam 82.4% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 94.2%). O valor médio é de 9.3 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.3), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “5” é a resposta mais frequente (19.1% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (16.5%), “8” (16.1%), “7” (15.3%), “6” (10.2%), “10” (8.5%), “3” (3.8%), “2” e “4” (3.4% cada), “1” (2.5%) e “0” (1.3%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O valor médio é de 6.6 (apenas um pouco superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.4), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre o apoio com que posso contar por parte do meu Diretor (ou do meu Chefe), sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (62.3% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (27.1%), “8” (5.9%), “7” (2.1%), “5” (1.3%) e “1”, “4” e “6” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 62.3% dos enfermeiros, que “10” e “9” em conjunto representam 89.4% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 95.3%). O valor médio é de 9.4 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (22.6% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (18.4%), “7” (15.8%), “10” (13.2%), “5” (12.8%), “6” (8.5%), “3” (2.6%), “4” (2.1%), “2” (1.7%), “1” (1.3%) e “0” (0.9%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado ou mesmo um pouco elevado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e

“10”). O valor médio é de 7.3 (ligeiramente elevado, claramente superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.1), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre a confiança que sinto em relação ao futuro, tendo em conta eventuais mudanças a níveis da política da saúde (por ex: privatização da gestão dos serviços de saúde, reestruturação da carreira): **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (50.8% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (31.5%), “8” (8.8%), “7” (3.8%), “6” (1.7%) “1” (1.3%), “2” (0.8%) e “1”, “3” e “4” (0.4% cada), não existindo quaisquer respostas “0”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é elevado (note-se que “9” e “10” em conjunto representam 82.3% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 91.1%). O valor médio é de 9.1 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.4), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “5” é a resposta mais frequente (23.9% dos enfermeiros), seguindo-se “6” (13.9%), “7” (12.2%), “2” e “3” (9.7% cada), “4” e “8” (9.2% cada), “1” (5.5%), “0” (3.4%) e “9” e “10” (1.7% cada). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado ou mesmo um pouco baixo (note-se a grande dispersão das respostas, desde “1” a “8”). O valor médio é de 4.8 (ligeiramente inferior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.3), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre o devido reconhecimento do meu desempenho profissional por parte da minha chefia: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (54.4% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (32.6%), “8” (9.2%), “7” (2.5%) e “1”, “5” e “6” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 54.4% dos enfermeiros, “9” e “10” em conjunto representam 87% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 96.2%). O valor médio é de 9.3 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (23.6% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (18.6%), “9” (17.7%), “6” (12.7%), “5” (10.5%), “4” e “10” (5.5% cada), “3” (2.5%) e “1” e “2” (1.7% cada), não existindo quaisquer respostas “0”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O valor médio

é de 7 (superior ao ponto médio da escala, embora não muito afastado), com um desvio padrão moderado (2), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre o apoio que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (61.3% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (26.1%), “8” (9.2%), “7” (1.7%) e “0”, “1”, “5” e “6” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 61.3% dos enfermeiros, “9” e “10” em conjunto representam 87.4% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 96.6%). O valor médio é de 9.4 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.2), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “9” é a resposta mais frequente (25.3% dos enfermeiros), seguindo-se “8” (23.6%), “10” (19.8%), “6” e “7” (10.5% cada), “5” (4.2%), “4” (3%), “3” (2.1%) e “2” (0.8%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é um pouco elevado (note-se que “8”, “9” e “10” são as respostas mais frequentes e que em conjunto representam 68.7%). O valor médio é de 7.9 (um valor já elevado, claramente superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado ou mesmo um pouco baixo (1.8), refletindo alguma dispersão das respostas, mas com predomínio de valores elevados.

Sobre a garantia de que esta instituição tem uma política efetiva de proteção da saúde e da segurança das pessoas que aqui trabalham, incluindo a melhoria das condições de trabalho: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (63.2% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (25.1%), “8” (5.9%), “5” e “7” (2.1% cada), “4” (0.8%) e “1” e “6” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 63.2% dos enfermeiros, “9” e “10” em conjunto representam 88.3% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 94.2%). O valor médio é de 9.4 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.2), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “5” é a resposta mais frequente (19.7% dos enfermeiros), seguindo-se “6” (16.3%), “7” (14.6%), “8” (13%), “9” (9.6%), “4” (9.2%), “3” (6.3%), “2” (5.9%), “10” (3.3%), “1” (0.4%) e “0” (1.7%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “8”). O

valor médio é de 5.9 (apenas ligeiramente superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.2), refletindo a dispersão considerável das respostas e o predomínio dos valores moderados, em torno do ponto médio da escala.

Sobre a cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras (por ex: administrativos, auxiliares, médicos); **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (57.7% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (31.4%), “8” (7.1%), “5” e “7” (1.3%) e “1”, “3” e “6” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 57.7% dos enfermeiros, “9” e “10” em conjunto representam 89.1% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 96.2%). O valor médio é de 9.4 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (25.5% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (18.4%), “9” (15.9%), “6” (15.5%), “5” (8.8%), “10” (6.3%), “2” e “3” (3.3% cada), “4” (2.5%) e “1” (0.4%), não existindo quaisquer respostas “0”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O valor médio é de 7 (superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (1.9), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre a clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (61.9% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (28.5%), “8” (5.4%), “7” (2.1%), “6” (0.8%) e “2”, “3” e “4” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 61.9% dos enfermeiros, “9” e “10” em conjunto representam 90.4% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 95.8%). O valor médio é de 9.4 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “7” é a resposta mais frequente (24.3% dos enfermeiros), seguindo-se “6” (18.8%), “5” (15.5%), “8” (13.8%), “4” (10.9%), “9” (7.5%), “2” (3.3%), “10” (2.5%), “3” (2.1%), “1” (0.8%) e “0” (0.4%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das

respostas, embora mais concentradas entre “4” e “8”). O valor médio é de 6.2 (apenas um pouco superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (1.9), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre a possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (56.1% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (28.9%), “8” (7.5%), “7” (3.3%), “6” (2.5%), “5” (0.8%) e “1” e “4” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 56.1% dos enfermeiros, “9” e “10” em conjunto representam 85% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 92.5%). O valor médio é de 9.3 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.2), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “7” é a resposta mais frequente (20.5% dos enfermeiros), seguindo-se “8” (20.1%), “5” (15.1%), “9” (11.7%), “10” (9.6%), “6” (8.4%), “4” (6.3%), “2” e “3” (2.9% cada), “1” (1.7%) e “0” (0.8%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado ou mesmo um pouco elevado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “10”, representando o conjunto das respostas de “7” a “10” 61.9% dos enfermeiros). O valor médio é de 6.7 (apenas um pouco superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.2), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre a oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efetiva e concretas as necessidades e as expectativas (de saúde) dos meus utentes: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (55.6% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (31.8%), “8” (7.5%), “7” (3.3%) e “2”, “4”, “5” e “6” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 55.6% dos enfermeiros, “9” e “10” em conjunto representam 87.4% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 94.9%). O valor médio é de 9.3 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (30.5% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (19.7%), “6” (15.5%), “9” (15.1%), “5” (7.9%), “10” (6.7%), “4” (2.5%), “3” (1.3%) e “2” (0.8%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos

enfermeiros que existe é moderado ou mesmo um pouco elevado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “6” e “9”, representando o conjunto das respostas de “7” a “10” 72% dos enfermeiros). O valor médio é de 7.3 (um valor ligeiramente elevado, claramente superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (1.9), refletindo a dispersão considerável das respostas com predomínio de valores um pouco elevados.

Sobre o orgulho que sinto por trabalhar num serviço com uma boa imagem junto da comunidade em que está inserido: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (66% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (24.8%), “8” (5.5%), “7” (2.1%) e “1”, “3”, “5” e “6” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 66% dos enfermeiros, “9” e “10” em conjunto representam 90.8% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 96.3%). O valor médio é de 9.5 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (26.8% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (23.4%), “7” (19.2%), “10” (9.6%), “6” (8.4%), “5” (4.2%), “4” (3.8%), “3” (2.5%), “2” (1.3%) e “0” e “1” (0.4% cada). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é um pouco elevado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “7” e “9”, representando o conjunto destas respostas 69.4% dos enfermeiros e o conjunto das respostas entre “7” e “10” 79%). O valor médio é de 7.5 (um valor um pouco elevado, claramente superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (1.9), refletindo a dispersão considerável das respostas com predomínio de valores um pouco elevados.

Sobre a oportunidade de desenvolver um projeto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que na maior parte dos sítios que eu conheço: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (52.5% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (33.2%), “8” (7.1%), “7” (3.8%), “5” (1.3%), “4” e “6” (0.8% cada) e “1” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 52.5% dos enfermeiros, “9” e “10” em conjunto representam 85.7% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 92.8%). O valor médio é de 9.2 (próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.2), mostrando a grande concentração das respostas nos valores

elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (18.9% dos enfermeiros), seguindo-se “6” (16.4%), “9” (15.5%), “7” (15.1%), “5” (13.9%), “10” (7.1%), “4” (5.9%), “3” (3.4%), “2” (1.7%), “1” (1.3%) e “0” (0.8%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O valor médio é de 6.7 (apenas um pouco superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.1), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre a percepção de que o meu papel (e as minhas competências) como enfermeiro/a são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites (pelos demais profissionais); **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (61.1% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (28.5%), “8” (6.3%), “7” (1.7%), “6” (1.3%) e “1”, “4” e “5” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 61.1% dos enfermeiros, “9” e “10” em conjunto representam 89.6% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 95.9%). O valor médio é de 9.4 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “7” é a resposta mais frequente (22.6% dos enfermeiros), seguindo-se “8” (20.5%), “9” (17.2%), “6” (13%), “5” (11.3%), “4” (5.4%), “2” e “3” (1.7% cada) e “0” (0.8%), não existindo quaisquer respostas “1”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é um pouco elevado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”, representando o conjunto destas respostas 84.6% dos enfermeiros e o conjunto das respostas entre “7” e “10” 66.2%). O valor médio é de 7 (um valor ligeiramente elevado, superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (1.9), refletindo alguma dispersão das respostas com predomínio dos valores moderados ou mesmo um pouco elevados.

Sobre a garantia de qualidade dos cuidados e/ou serviços que são prestados aos doentes deste serviço, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham; **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (70.3% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (21.8%), “8” (5.4%), “6” (0.8%) e “0”, “1”, “5” e “7” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 70.3% dos enfermeiros, “9” e “10” em conjunto representam 92.1% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 97.5%). O valor

médio é de 9.5 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (28% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (26.4%), “7” (19.2%), “6” (9.6%), “10” (9.2%), “5” (4.2%), “3” (1.7%), “4” (1.3%) e “2” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderadamente elevado (note-se que o conjunto das respostas entre “8” e “10” representa 63.6% e que o conjunto das respostas entre “7” e “10” representa 82.8%). O valor médio é de 7.8 (um valor um pouco elevado, claramente superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão um pouco baixo (1.5), refletindo a concentração das respostas em valores um pouco elevados.

Sobre o sentimento de orgulho por integrar uma equipa de saúde tão competente e empenhada como a minha: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (68.2% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (24.7%), “8” (4.2%), “7” (2.1%) e “1” e “5” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 68.2% dos enfermeiros, que “9” e “10” em conjunto representam 92.1% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 97.1%). O valor médio é de 9.5 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 0.9), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “9” é a resposta mais frequente (25.9% dos enfermeiros), seguindo-se “8” (20.1%), “7” (18%), “6” (12.6%), “10” (11.7%), “5” (4.6%), “4” (2.9%), “2” (2.5%) e “1” e “3” (0.8%), não existindo quaisquer respostas “0”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderadamente elevado (note-se que o conjunto das respostas entre “8” e “10” representa 57.7% e que o conjunto das respostas entre “7” e “10” representa 75.7%). O valor médio é de 7.6 (um valor um pouco elevado, claramente superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (1.9), refletindo a dispersão considerável das respostas com predomínio de valores um pouco elevados.

Sobre a adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (61.9% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (27.2%), “8” (6.7%), “7” (3.3%) e “1” e “5” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10”

representa por si só 61.9% dos enfermeiros, que “9” e “10” em conjunto representam 89.1% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 95.8%). O valor médio é de 9.4 (próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “5” é a resposta mais frequente (21.4% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (17.2%), “8” (16%), “6” (14.3%), “9” (10.1%), “4” (7.1%), “2” (4.6%), “1” e “3” (3.4% cada) e “0” e “10” (1.3% cada). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O valor médio é de 6 (apenas um pouco superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.2), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre a confiança que sinto em relação ao futuro do SNS, em geral, e da minha profissão ou carreira, em particular: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (62.8% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (27.6%), “8” (3.3%), “7” (2.9%), “5” (2.1%), “4” (0.8%) e “3” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 62.8% dos enfermeiros, que “9” e “10” em conjunto representam 90.4% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 93.7%). O valor médio é de 9.4 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.2), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “5” é a resposta mais frequente (20.6% dos enfermeiros), seguindo-se “6” (18.9%), “7” (11.3%), “3” (10.1%), “2” e “4” (9.7% cada), “0” (7.6%), “8” (6.7%) e “1” (3.4%), não existindo quaisquer respostas “10”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é baixo (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “2” e “7” que representam 80.3% dos enfermeiros em conjunto). O valor médio é de 4.6 (inferior ao ponto médio da escala, embora próximo), com um desvio padrão moderado (2.3), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre a perceção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (64.3% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (26.5%), “8” (6.7%), “5” (1.3%), “7” (0.8%) e “1” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 64.3% dos enfermeiros, que “9” e “10” em conjunto representam 90.8% e que as

respostas de “8” a “10” em conjunto representam 97.5%). O valor médio é de 9.5 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (22.8% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (18.1%), “9” (15.6%), “5” (14.8%), “6” (8.4%), “10” (6.3%), “4” (4.6%), “3” (3.8%), “2” (3.4%), “1” (1.3%) e “0” (0.8%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado ou mesmo um pouco elevado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”, sendo que as respostas entre “7” e “9” representam em conjunto 56.5% dos enfermeiros). O valor médio é de 6.8 (um pouco superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.2), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre certeza de que as minhas tarefas como enfermeiro/a têm um conteúdo rico, variado e exigente sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (64% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (27.2%), “7” e “8” (3.8%), “6” (0.8%) e “5” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 64% dos enfermeiros, que “9” e “10” em conjunto representam 91.2% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 95%). O valor médio é de 9.5 (próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 0.9), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (22.6% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (19.7%), “9” (16.7%), “5” (11.7%), “6” (10.9%), “10” (7.5%), “3” e “4” (3.8% cada), “2” (2.1%), “1” (0.8%) e “0” (0.4%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado ou mesmo um pouco elevado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”, sendo que as respostas entre “7” e “9” representam em conjunto 59.5% dos enfermeiros). O valor médio é de 7 (superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2), refletindo a dispersão considerável das respostas com predomínio dos valores um pouco elevados.

Sobre a oportunidade efetiva e concreta de prestar, aos utentes do serviço, verdadeiros cuidados (e/ou serviços) integrados, continuados e personalizados certeza de que as minhas tarefas como enfermeiro/a têm um conteúdo rico, variado e exigente sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (68.6% dos enfermeiros), seguindo-se “9”

(23.8%), “8” (5%), “7” (1.3%) e “6”, “5” e “1” (0.4% cada), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 68.6% dos enfermeiros, que “9” e “10” em conjunto representam 92.4% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 97.4%). O valor médio é de 9.5 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 0.9), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “7” e “8” são as respostas mais frequentes (21.3% dos enfermeiros cada), seguindo-se “9” (18%), “6” (11.7%), “10” (10.9%), “5” (9.6%), “4” (4.2%), “3” (1.7%), “1” (0.8%) e “2” (0.4%), não existindo quaisquer respostas “0”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é um pouco elevado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “6” e “10”, sendo que as respostas entre “7” e “10” representam em conjunto 71% dos enfermeiros). O valor médio é de 7.3 (um valor um pouco elevado, superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (1.8), refletindo a dispersão considerável das respostas com predomínio de valores um pouco elevados.

Sobre a cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de outros profissionais fora do serviço (por ex: psicólogos, assistentes sociais): **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (60.9% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (29%), “8” (5.9%), “7” (2.1%), “6” (1.3%) e “5” (0.8%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 60.9% dos enfermeiros, que “9” e “10” em conjunto representam 89.9% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 95.8%). O valor médio é de 9.4 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 0.9), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “7” é a resposta mais frequente (19% dos enfermeiros), seguindo-se “8” (18.1%), “5” (15.6%), “9” (13.1%), “4” (6.8%), “3” (6.3%), “2” (3.4%), “0” (2.1%) e “1” (1.7%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O valor médio é de 6.2 (apenas ligeiramente superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.3), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos utentes com que lido: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (53.6%

dos enfermeiros), seguindo-se “9” (32.6%), “8” (9.2%), “7” (3.3%), “6” (0.8%) e “4” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 53.6% dos enfermeiros, que “9” e “10” em conjunto representam 86.2% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 95.4%). O valor médio é de 9.3 (próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 0.9), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (23.8% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (19.7%), “9” (18.8%), “6” (15.1%), “5” (12.1%), “4” (5.9%), “3” e “10” (2.1% cada) e “2” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado ou mesmo um pouco elevado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “6” e “9”, sendo que as respostas entre “7” e “9” representam em conjunto 62.3% dos enfermeiros). O valor médio é de 7 (superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (1.7), refletindo a dispersão considerável das respostas com predomínio dos valores um pouco elevados.

Sobre a oportunidade de participar, como enfermeiro, em programas e atividades de saúde, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais: **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (58% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (29%), “8” (7.6%), “7” (3.4%), “6” (1.3%) e “4” e “5” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 58% dos enfermeiros, que “9” e “10” em conjunto representam 87% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 94.6%). O valor médio é de 9.4 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “8” é a resposta mais frequente (18% dos enfermeiros), seguindo-se “5” (16.3%), “6”, “7” e “9” (14.2%), “3” (7.9%), “4” (7.1%), “2” e “10” (2.9%), “0” (1.3%) e “1” (0.8%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O valor médio é de 6.3 (apenas ligeiramente superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.2), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Sobre a perceção de estar relativamente bem pago/a, tendo em conta a minha opção por trabalhar e/ou viver no concelho a que pertence o Aces: **até que**

ponto deveria existir – “10” é a resposta maioritária (60.7% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (25.9%), “8” (7.1%), “7” (2.1%), “5” (1.7%), “6” (1.3%), “0” (0.8%) e “2” (0.4%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 60.7% dos enfermeiros, que “9” e “10” em conjunto representam 86.6% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 93.7%). O valor médio é de 9.3 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.4), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “5” é a resposta mais frequente (14.6% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (13.8%), “4” (11.7%), “2”, “3” e “6” (10.9% cada), “0” (10.5%), “8” (7.9%), “1” (5.9%), “9” (2.1%) e “10” (0.8%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado ou mesmo um pouco baixo (note-se a grande dispersão das respostas, desde “0” a “8”, mas com grande importância das respostas entre “0” e “5”). O valor médio é de 4.3 (inferior ao ponto médio da escala, embora próximo), com um desvio padrão elevado (2.6), refletindo a grande dispersão das respostas.

Sobre a gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito/a diariamente (por ex: telefonemas, reuniões): **até que ponto deveria existir** – “10” é a resposta maioritária (50.6% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (36.4%), “8” (7.9%), “5” (1.7%), “6” e “7” (1.3%) e “2” (0.8%), não existindo quaisquer outras respostas. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é elevado (note-se que “10” representa por si só 50.6% dos enfermeiros, que “9” e “10” em conjunto representam 87% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 94.9%). O valor médio é de 9.2 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.2), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados; **até que ponto existe** – “7” e “8” são as respostas mais frequentes (17.6% dos enfermeiros cada), seguindo-se “9” (16.3%), “6” (15.9%), “5” (14.6%), “4” (6.3%), “3” (4.2%), “2” (3.3%), “1” (0.8%) e “0” (0.4%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a grande dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O valor médio é de 6.5 (apenas um pouco superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.1), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Numa análise onde globalmente olhamos sobre o que, até que ponto deveria existir, verificamos que numa forma descendente “10” é a resposta maioritária (58.1% das respostas), seguindo-se “9” (27.7%), “8” (8.2%), “7” (2.8%), “5” (1.4%),

“6” (1%), “4” (0.3%), “1” e “3” (0.2% cada) e “0” e “2” (0.1% cada). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir é muito elevado (note-se que “10” representa por si só 58.1% das respostas, que “9” e “10” em conjunto representam 85.8% e que as respostas de “8” a “10” em conjunto representam 94%). O valor médio é de 9.3 (muito próximo do máximo), com um baixo desvio padrão (apenas 1.2), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados.

Do mesmo modo olhando no global para o que, até que ponto existe, numa forma descendente verificamos que “8” é a resposta mais frequente (18.9% das respostas), seguindo-se “7” (16.7%), “9” (14.5%), “5” (13.4%), “6” (12.4%), “10” (7.2%), “4” (6%), “3” (4.1%), “2” (3.8%), “1” (1.7%) e “0” (1.4%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe é moderado (note-se a dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). O valor médio é de 6.6 (apenas um pouco superior ao ponto médio da escala), com um desvio padrão moderado (2.3), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Em síntese sobre a satisfação profissional, verifica-se uma grande diferença no padrão dos dois tipos de respostas: enquanto na questão de **“Até que ponto deveria existir”** as respostas são sempre concentradas em graus elevados ou muito elevados, na questão **“Até que ponto existe”** são muito dispersas (mostrando grandes diferenças) com predomínio dos graus moderados ou mesmo um pouco baixos por vezes. Consequentemente, as respostas de “Até que ponto deveria existir” apresentam graus muito superiores aos das respostas de “Até que ponto existe” (o que se repercute no grau de satisfação do total da escala). Para confirmar esta conclusão, recorre-se ao teste (não paramétrico) de Wilcoxon, pois trata-se de amostras emparelhadas, uma vez que são os mesmos enfermeiros a responder a “Até que ponto existe” e “Até que ponto deveria existir” em cada item. A hipótese nula é a de que o grau de satisfação é igual em ambas para cada item e a hipótese alternativa é a de que o grau é superior para “Até que ponto deveria existir”. O valor-p do teste é sempre aproximadamente zero, pelo que se rejeita a hipótese nula em todos os itens e para o total, concluindo-se que o grau de satisfação é mais elevado em “Até que ponto deveria existir”, confirmando as conclusões anteriores.

5.3 – Percurso para a Compreensão da Satisfação Profissional dos Enfermeiros

Depois de descrever a satisfação profissional a partir da escala, procuramos encontrar a melhor forma de aprofundar a análise, pelo que tivemos que procurar agrupar os itens o que nos levou a fazer a análise fatorial (Anexo V).

Da análise resultou para **o que existe** as dimensões: satisfação com o funcionamento do ACeS; entreajuda e amizade entre profissionais no local de trabalho; desenvolvimento da carreira, liderança da chefia e saúde e proteção no local de trabalho; perceção de um bom nível de remuneração e confiança no futuro; desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição; relacionamento com os utentes; estabilidade e segurança laboral.

Para dar a resposta sobre **o que deveria de existir** verificou-se as seguintes dimensões: satisfação com o funcionamento do ACeS; segurança laboral e bem-estar no local de trabalho; perceção de um bom nível de remuneração; desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição; prestígio no meio social e profissional; fazer amigos no local de trabalho.

Contudo também é oportuno verificar a relação entre estas duas escalas pelo que se procede à comparação das soluções fatoriais obtidas para a escala de “Até que ponto deveria existir” e de “Até que ponto existe”. Registam-se grandes semelhanças entre as duas soluções, mas também existem diferenças substanciais:

Com efeito, a primeira dimensão de “Até que ponto deveria existir” engloba muitos itens, sendo por isso demasiado vasta. Na situação ideal que representa esta escala, é normal que o grau de satisfação seja semelhante em muitos aspetos (ou seja, em muitos itens), uma vez que tudo se passa da forma idealizada e tal seja feito analogamente (ou pelo menos de forma muito semelhante) num grande

número de vertentes da atividade profissional dos enfermeiros. Pelo contrário, na escala de “Até que ponto existe”, que mede o grau de satisfação que realmente se verifica, a primeira dimensão engloba um número muito inferior de itens, sendo apenas os que se referem mesmo à satisfação com o funcionamento do ACeS. É por isso uma dimensão melhor definida, mais organizada, pois é menos vasta, mais concreta.

Em resultado do grande número de itens incluídos na primeira dimensão da escala de “Até que ponto deveria existir”, verifica-se que muitos deles saturam em diversas dimensões da escala de “Até que ponto existe”, o que reforça a conclusão anterior de que esta escala conduz a dimensões melhor organizadas e mais coerentes.

A segunda dimensão da escala de “Até que ponto deveria existir” não tem semelhança com qualquer dimensão da escala de “Até que ponto existe”, pois os itens nela incluída encontram-se espalhados por diversas dimensões desta última escala.

Regista-se ainda uma forte semelhança entre a terceira dimensão de “Até que ponto deveria existir” e a quarta de “Até que ponto existe” pois os itens que saturam em ambas são quase os mesmos (trata-se da dimensão relativa à perceção de estar bem pago e da confiança em relação ao futuro). O mesmo se verifica com a quarta dimensão de “Até que ponto deveria existir” e a quinta de “Até que ponto existe” (trata-se da dimensão relativa ao desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição).

A escala de “Até que ponto deveria existir” inclui duas dimensões (as duas últimas) com apenas um item, enquanto o número mínimo de itens na escala de “Até que ponto existe” é dois (nas duas últimas também).

Os restantes itens revelam mais diferenças entre as duas escalas, pois saturam em dimensões diversas.

Quadro Nº 5 - Matriz de Correlações das Dimensões da Satisfação Profissional dos Enfermeiros Até que Ponto Deveria Existir versus Até que Ponto Existe

Dimensões Até que ponto existe		Dimensões Até que ponto deveria existir						
		1	2	3	4	5	6	7
1	coef.	0.270	0.245	0.211	0.160	0.266	0.195	0.193
	valor-p	0.000	0.000	0.000	0.019	0.000	0.004	0.004
2	coef.	0.246	0.204	0.157	0.155	0.238	0.162	0.196
	valor-p	0.000	0.003	0.020	0.023	0.000	0.017	0.004
3	coef.	0.219	0.159	0.175	0.059	0.142	0.134	0.087
	valor-p	0.001	0.019	0.010	0.385	0.037	0.049	0.202
4	coef.	0.234	0.222	0.211	0.178	0.384	0.209	0.289
	valor-p	0.000	0.010	0.002	0.009	0.000	0.002	0.000
5	coef.	0.167	0.179	0.176	0.210	0.215	0.135	0.094
	valor-p	0.014	0.008	0.009	0.002	0.001	0.047	0.169
6	coef.	0.240	0.285	0.202	0.102	0.180	0.184	0.014
	valor-p	0.000	0.000	0.003	0.136	0.008	0.007	0.832

Em resumo, as diferenças encontradas mostram que a escala de “Até que ponto existe” é mais coerente, pois as suas dimensões são melhor organizadas, mais homogêneas, com maior significado. Na escala de “Até que ponto deveria existir” existem dimensões que incluem demasiados itens, com significados diferentes, o que pode ser explicado, conforme foi referido acima, pelo facto de que, numa situação ideal, existem muitas semelhanças entre aspetos que, na realidade, são diversos.

Complementarmente, apresenta-se em seguida a matriz de correlações de entre o grau de satisfação das dimensões de “Até que ponto deveria existir” e de “Até que ponto existe”. Verifica-se que a maioria das correlações é significativa e positiva, mas estas correlações são sempre fracas, o que quer dizer que os graus de satisfação das dimensões estão correlacionados no mesmo sentido, embora apenas fracamente. Existem ainda cinco correlações não significativas, indicando que os graus de satisfação das respetivas dimensões não estão correlacionados.

5.4 – Satisfação Profissional versus Características dos Enfermeiros

Neste subcapítulo faz-se alusão à satisfação profissional á luz das dimensões para o que deveria existir, bem como a satisfação dos profissionais para o que efetivamente existe a partir das caraterísticas dos enfermeiros.

5.4.1- A Satisfação Idealizada

Após a análise fatorial e a partir das dimensões identificadas para o que existe e para o que deve existir procuramos analisar a satisfação considerando as características dos participantes na amostra.

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação total é a antiguidade na profissão ou na carreira (distinguindo-se a classe de 30 ou mais anos). O quadro seguinte mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, oque inclui as estimativas dos parâmetros, os respetivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%).

Quadro Nº 6 - Influência dos fatores sociodemográficos e das condições contextuais no grau de satisfação total até que ponto deveria existir resultados da estimação do modelo

Fatores	Parâmetro estimado		
	Estimativa	valor-p	IC
Antiguidade na profissão – 30 ou mais anos	-25.7	0.007	[-44.4,-7.1]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística F de Snedcor da qualidade do ajustamento da regressão é 7.4, conduzindo a um valor-p de aproximadamente 0, o que significa que o modelo estimado é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados.

Assim, a estimativa do parâmetro permite concluir que o grau de Satisfação total depende de forma decrescente da antiguidade na profissão ou carreira ser 30 ou mais anos, ou seja, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros cuja antiguidade na profissão ou carreira é 30 ou mais anos é inferior ao dos que têm qualquer outra antiguidade. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 25.7 ponto inferior ao dos segundos, o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -44.4 a -7.1).

Satisfação com o Funcionamento do ACeS, traduz-se pelos resultados da estimação, mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação profissional com a Satisfação com o funcionamento do ACeS são a antiguidade na profissão ou na carreira (distinguindo-se a classe de 30 ou mais anos) e o género. O quadro seguinte mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respetivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%).

Quadro Nº 7- Influência dos fatores sociodemográficos e das condições contextuais no Grau de Satisfação com a Satisfação com o Funcionamento do ACeS Até que Ponto Deveria Existir Resultados da Estimação do Modelo

Fatores	Parâmetro estimado		
	Estimativa	valor-p	IC
Antiguidade na profissão – 30 ou mais anos	-22.4	0.000	[-34.7,-10.1]
Gênero masculino	-15.3	0.030	[-29.1,-1.5]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística F de Snedcor da qualidade do ajustamento da regressão é 8.9, conduzindo a um valor-p de aproximadamente 0, o que significa que o modelo estimado é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de satisfação com o funcionamento do ACeS depende de forma decrescente de ambas as variáveis, ou seja:

Antiguidade na profissão ou na carreira, relativamente à, antiguidade na profissão ou na carreira conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros cuja antiguidade é 30 ou mais anos é inferior ao dos que têm qualquer outra antiguidade. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 22.4 ponto inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -34.7 a -10.1);

Relativamente ao género, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros é inferior ao das enfermeiras. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 15.3 ponto inferior ao das segundas (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -29.1 a -1.5).

A Segurança laboral e bem-estar no local de trabalho, verificamos que os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação profissional com a segurança laboral e bem-estar no local de trabalho, é o local onde trabalham os enfermeiros, unidades funcionais dos centros de saúde, contudo não

apresentaremos esses dados considerando que não fazem parte dos nossos objetivos para este estudo.

Sobre a Percepção de um bom nível de remuneração, verificamos que os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação profissional com a percepção de um bom nível de remuneração, dependem do local onde trabalham os enfermeiros:

Relativamente à unidade funcional, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros da unidade funcional (UCSP) é inferior ao dos de qualquer outra unidade funcional. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 2 ponto inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -3.4 a -0.6).

Sobre o Desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição, verificamos que os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação profissional com o desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição são o local de trabalho dos enfermeiros. Refira-se que este parâmetro estimado não é significativo a 5%, pois o respetivo valor-p é superior a 5% mas, como o é apenas ligeiramente, optámos por considerá-lo significativo e manter esta variável no modelo), a Unidade funcional (distinguindo-se a USF – modelo B) e o Exercício de funções de direção, chefia ou coordenação (distinguindo-se o exercício informalmente). O quadro seguinte mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respetivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%).

Até que Ponto Deveria Existir Resultados da Estimação do Modelo

Quadro Nº8 - Influência dos Fatores sociodemográficos e das Condições Contextuais no Grau de Satisfação com o Desenvolvimento de Conhecimentos e Competências para a Realização da Missão do Serviço e da Instituição

Fatores	Parâmetro estimado		
	Estimativa	valor-p	IC
Unidade funcional – USF (modelo B)	2.4	0.008	[0.6,4.2]
Funções de direção – informalmente	-1.4	0.020	[-2.5,-0.2]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística F de Snedcor da qualidade do ajustamento da regressão é 4.0, conduzindo a um valor-p de 0.009, o que significa que o modelo estimado é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados.

Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de satisfação com o desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição depende de forma crescente da unidade funcional ser a USF (modelo B) e de forma decrescente das restantes variáveis:

Relativamente ao centro de saúde, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros varia de acordo com o local onde trabalham. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 1.4 ponto inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -2.9 a 0.04);

Relativamente à unidade funcional, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros da USF (modelo B) é superior ao dos de qualquer outra unidade funcional. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 2.4 ponto superior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é superior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de 0.6 a 4.2). Os resultados de maior satisfação, por parte dos profissionais integrados em USF, poderão ser explicados “a luz” de uma maior consciência de grupo e unidade. Nas USF’s todos os profissionais que as compõem, desde médico, enfermeiro, secretários clínicos, são convidados a integrarem a equipa. Daí que estes grupos profissionais estejam mais motivados

para o trabalho, pois as equipas organizam-se por afinidades profissionais e pessoais. Uma característica intrínseca ao seu modelo organizacional é a intersubstituição e o trabalho em equipa, podendo disto resultar maiores níveis de moral e estado de espírito no seio da equipa. Um outro aspeto importante é o esforço permanente e generalizado para que as equipas das USF se mantenham estáveis e sólidas, para que possam assumir resultados em sede de contratualização, cumprindo as suas cartas de compromisso, e os objetivos propostos. Este dado poderá explicar a maior satisfação nos profissionais das USF; **Relativamente ao exercício de funções de direção, chefia ou coordenação**, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que as exercem de forma informal (enfermeiros nomeados para funções de gestão), é inferior ao de todos os outros (os que não as exercem ou que as exercem formalmente). Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 1.4 ponto inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -2.5 a -0.2). Segundo Cambey e Alexander citado por Ferreira (2011), a participação na tomada de decisão dentro de uma organização contribui para a satisfação profissional.

Sobre o Prestígio no meio social e profissional, verificamos que os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação profissional com o Prestígio no meio social e profissional é a unidade funcional (distinguindo-se a USF – modelo B). O quadro seguinte mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui a estimativa do parâmetro, o respetivo valor-p e o intervalo de confiança (a 95%).

Até que Ponto Deveria Existir Resultados da Estimação do Modelo

Quadro Nº9 - Influência dos fatores sociodemográficos e das condições contextuais no grau de Satisfação com o Prestígio no Meio Social e Profissional

Fatores	Parâmetro estimado		
	Estimativa	valor-p	IC
Unidade funcional – USF (modelo B)	0.75	0.048	[0.01,1.5]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística F de Snedcor da qualidade do ajustamento da regressão é 4.0, conduzindo a um valor-p de 0.048, o que significa que o modelo estimado é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados:

Relativamente à unidade funcional, conclui-se que o grau de satisfação com o prestígio no meio social e profissional depende de forma crescente da unidade funcional ser a USF (modelo B), ou seja, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros da USF (modelo B) é superior ao dos de qualquer outra unidade funcional. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 0.75 ponto superior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é superior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de 0.01 a 1.5.). Com a nova reorganização dos CSP, as unidades funcionais, nomeadamente as (USF's) modelo B, para atingirem os seus objetivos, terão que ser equipas com maior amadurecimento organizacional, logo com dinâmicas de grupo e trabalho em equipa - médicos, enfermeiros e secretários clínicos -, que induz a valorização da classe de enfermagem.

Sobre Fazer amigos no local de trabalho, verificamos que os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação profissional com o fazer amigos no local de trabalho são as habilitações profissionais (distinguindo-se a pós-graduação). O quadro seguinte mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui a estimativa do parâmetro, o respetivo valor-p e o intervalo de confiança (a 95%).

Até que Ponto Deveria Existir Resultados da Estimação do Modelo

Quadro Nº10 - Influência dos Fatores Sociodemográficos e das Condições Contextuais no Grau de Satisfação com o Fazer Amigos no Local de Trabalho

Fatores	Parâmetro estimado		
	Estimativa	valor-p	IC
Habilitações profissionais – Pós graduação	-0.79	0.033	[-1.5,-0.07]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística F de Snedcor da qualidade do ajustamento da regressão é 4.6, conduzindo a um valor-p de 0.033, o que significa que o modelo estimado é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados.

Assim, a estimativa do parâmetro permite concluir que o grau de satisfação com o “**Fazer amigos no local de trabalho**” depende de forma decrescente de as habilitações profissionais serem a **pós-graduação**, ou seja, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que têm pós-graduação é inferior ao dos que têm quaisquer outras habilitações profissionais. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 0.79 ponto inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -1.5 a -0.07). A enfermagem é uma profissão dinâmica que instiga os profissionais a melhorar e a aperfeiçoar os seus conhecimentos teóricos e práticos. Para este crescimento pessoal e consequentemente organizacional (no sentido da qualidade, produtividade e eficácia), o enfermeiro tem que fazer um percurso de crescimento pessoal e profissional apoiado pelos colegas e pela entidade patronal, que se entende como responsável pela promoção de momentos de formação e/ou facilitadora quando se procura a formação exigida e desejada. Em virtude da pós graduação não conceder grau académico, os profissionais que investiram nesta formação poderão nutrir um sentimento de insatisfação por este fato.

5.4.2 - A Realidade da Satisfação

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação total são o centro de saúde, a unidade funcional (distinguindo-se a UCSP), o exercício de funções de direção, chefia ou coordenação (distinguindo-se o exercício informalmente) e a idade (distinguindo-se o grupo etário de 55 ou mais anos). O quadro seguinte mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respetivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%).

Até que Ponto Existe Resultados da Estimação do Modelo

Quadro Nº11 - Influência dos Fatores Sociodemográficos e das Condições Contextuais no Grau de Satisfação Total

Fatores	Parâmetro estimado		
	Estimativa	valor-p	IC
Unidade funcional – UCSP	-20.0	0.024	[-37.2,-2.7]
Funções de direção – informalmente	-19.9	0.045	[-39.3,-0.48]
Grupo etário – 55 ou mais anos	-77.5	0.023	[-144.0,-11.0]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística F de Snedcor da qualidade do ajustamento da regressão é 4.7, conduzindo a um valor-p de aproximadamente 0, o que significa que o modelo estimado é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de satisfação total depende de forma crescente de o centro de saúde e de forma decrescente de a unidade funcional ser a UCSP, do exercício informal de funções de direção e de o grupo etário ser de 55 ou mais anos, ou seja:

Relativamente ao centro de saúde, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros altera de acordo com os centros de saúde onde trabalham, contudo não apresentamos estes dados atendendo a que o nosso

objetivo centra-se no ACeS. Em resumo, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros varia com o local de trabalho;

Relativamente à unidade funcional, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros da UCSP é inferior ao dos de qualquer outra unidade funcional. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 20 ponto inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -37.2 a -2.7). O valor apresentado para estes profissionais que trabalham nas UCSP's parece apontar para um sentimento de desvalorização e de falta de reconhecimento do seu trabalho, Afeto e Teixeira (2009) citado por Sartoreto (2013);

Relativamente ao exercício de funções de direção, chefia ou coordenação, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que as exercem informalmente é inferior ao dos que as exercem formalmente. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 19.9 ponto inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -39.3 a -0.48);

Relativamente à idade, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros de 55 ou mais anos é inferior ao dos que têm qualquer outra idade. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 77.5 ponto inferior ao dos segundos, o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -144.0 a -11. Face a conjuntura atual os profissionais sentem-se desmotivados, o tempo para a reforma aumentou para os 66 anos de idade, quando na legislação anterior reformavam-se com 57 anos de idade. Outro fator terá a ver provavelmente com toda a dinâmica incutida com a nova reforma dos CSP cujo trabalho é desenvolvido por objetivos e o nível de exigência acaba por ser maior. Os sistemas de informação, são cada vez mais complexos nas aplicações informáticas, o que exige dos profissionais conhecimentos adequados e atualizados, privilegiando os profissionais com mais conhecimentos nesta área, como sejam numa forma geral os profissionais mais jovens.

Sobre a Satisfação com o funcionamento do ACeS, verificamos que os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo

(aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação com a satisfação do funcionamento do ACeS são alguns centro de saúde (**E,J,D**) e a unidade funcional (distinguindo-se a UCSP) e a idade (distinguindo-se o grupo etário de 55 ou mais anos). O quadro seguinte mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%).

Até que Ponto Existe Resultados da Estimação do Modelo

Quadro Nº12 - Influência dos fatores Sociodemográficos e das Condições Contextuais no Grau de Satisfação com a Satisfação com o Funcionamento do ACeS.

Fatores	Parâmetro estimado		
	Estimativa	valor-p	IC
Centro de saúde de Saúde - E	-10.1	0.032	[-19.3,-0.88]
Centro de saúde de Saúde - J	11.8	0.013	[2.5,21.1]
Centro de saúde de Saúde - D	15.2	0.042	[0.53,29.9]
Unidade funcional – UCSP	-6.2	0.006	[-10.6,-1.8]
Grupo etário – 55 ou mais anos	-23.4	0.007	[-40.3,-6.5]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística F de Snedcor da qualidade do ajustamento da regressão é 5.1, conduzindo a um valor-p de aproximadamente 0, o que significa que o modelo estimado é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de satisfação com o Funcionamento do ACeS depende de forma crescente de o centro de saúde ser o centro de saúde **J** ou o centro de saúde **D**, e de forma decrescente de o centro de saúde ser o centro de saúde **E** e a Unidade funcional ser a UCSP e o grupo etário ser de 55 ou mais anos, ou seja:

Relativamente ao centro de saúde, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **E** é inferior ao do grupo dos que trabalham em qualquer outro centro (com exceção do centro de saúde **J** e do centro saúde **D**). Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos que trabalham no centro de saúde **E** é, em média, 10.1 ponto inferior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo

com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -19.3 a -0.88). Pelo contrário, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham nos centros de saúde **J** e **D** é superior ao do grupo dos que trabalham em qualquer outro centro (com exceção do centro de saúde **E**). Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos que trabalham no centro de saúde **J** é, em média, 11.8 ponto superior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é superior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de 2.5 a 21.1). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos que trabalham no centro de saúde **D** é, em média, 15.2 pontos superiores ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é superior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de 0.53 a 29.9).

Em resumo, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **D** é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham no centro de saúde **J**, os que trabalham em qualquer outro centro com exceção do centro de saúde **E**, que têm o grau de satisfação profissional mais baixo;

Relativamente à unidade funcional, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros da UCSP é inferior ao dos de qualquer outra unidade funcional. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 6.2 ponto inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -10.6 a -1.8.);

Relativamente à idade, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros de 55 ou mais anos é inferior ao dos que têm qualquer outra idade. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 23.4 ponto inferior ao dos segundos, o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -40.3 a -6.5).

Sobre a Entreeajuda e amizade entre profissionais no local de trabalho, verificamos que os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível

de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação com a entreajuda e amizade entre profissionais no local de trabalho são o centro de saúde (distinguindo-se os centros de saúde **E** e o centro de saúde **J**) e as habilitações profissionais (distinguindo-se a especialidade). O quadro seguinte mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respectivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%).

Até que Ponto Existe Resultados da Estimação do Modelo

Quadro Nº13 - Influência dos fatores Sociodemográficos e das Condições Contextuais no Grau de Satisfação com a Entreajuda e Amizade Entre Profissionais no Local de Trabalho

Fatores	Parâmetro estimado		
	Estimativa	valor-p	IC
Centro de saúde de saúde E	-7.1	0.019	[-13.1,-1.2]
Centro de saúde de saúde J	7.0	0.020	[1.1,13.0]
Habilitações profissionais – Especialidade	4.0	0.016	[0.77,7.2]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística F de Snedcor da qualidade do ajustamento da regressão é 5.7, conduzindo a um valor-p de 0.001, o que significa que o modelo estimado é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de satisfação com a Entreajuda e amizade entre profissionais no local de trabalho depende de forma crescente de o centro de saúde ser o centro de saúde **J** e relativo às habilitações profissionais serem a especialidade e de forma decrescente de o centro de saúde **E**, ou seja:

Relativamente ao centro de saúde, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **E** é inferior ao do grupo dos que trabalham em qualquer outro centro (com exceção do centro de saúde **J**). Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos que trabalham no centro de saúde **E** é, em média, 7.1 ponto inferior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -13.1 a -1.2). Pelo contrário, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **J** é

superior ao do grupo dos que trabalham em qualquer outro centro (com exceção do centro de saúde **E**). Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos que trabalham no centro de saúde **J** é, em média, 7 ponto superior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é superior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de 1.1 a 13).

Em resumo, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **J** é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em qualquer outro centro, sendo o centro de saúde **E**, o que têm o grau de satisfação profissional mais baixo;

Relativamente às habilitações profissionais, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que têm uma especialidade é superior ao dos que têm quaisquer outras habilitações. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 4 ponto superior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é superior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de 0.77 a 7.2). Se observarmos a anterior carreira de enfermagem Decreto-Lei 437/91, a categoria de enfermeiro especialista engloba funções de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista, isto quer dizer que cabe ao enfermeiro especialista desenvolver funções nestes três níveis. Esta sobreposição de funções tem de ser usada em prol do enfermeiro especialista, pois ele executa parte das funções que os outros também fazem, mas de um modo diferente com mais responsabilidades e mais conhecimentos, o que vem de encontro ao artigo de Collaghan (1993) citado por Sá (1995:88) que diz,

“(...) Enfermeiro especialista tem mais conhecimentos que lhe advêm de um treino mais avançado e maior experiência (...) tem mais discernimento e é mais rigoroso a identificar a natureza dos problemas dos doentes e a seleccionar intervenções apropriadas... pensa-se ainda que o especialista tem um grau maior de capacidade para tomadas de decisão e uma maior capacidade de análise (...)”

Benner (2005:20) refere que as enfermeiras com maior aprendizagem clínica irão previsivelmente agir melhor do que as enfermeiras com menos conhecimento clínico, visto que a aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas, esta experiência oferece ao enfermeiro especialista habilidades relacionais de ajuda e amizade. Segundo Silva et al (2009) cit in Sartoreto (2013), o bom convívio com os colegas e as boas relações interpessoais interferem positivamente na satisfação. Para Guido

(2003) o investimento na formação leva a uma maior segurança e controlo sobre as situações minimizando o *stress*. Carvalho (2010) num estudo verificou que o que provoca maior satisfação é a relação com os colegas, obtendo um nível de satisfação de 80,72%, identificando um clima de contentamento, de colaboração entre os colegas, amizade. Este resultado é corroborado com os apresentados no estudo de Silveira (2009) em que a satisfação com os colegas também é a dimensão que provoca maior satisfação.

Sobre o Desenvolvimento da carreira, liderança da chefia e saúde e proteção no local de trabalho, verificamos que os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação com o desenvolvimento da carreira, liderança da chefia, saúde e proteção no local de trabalho são o centro de saúde (distinguindo-se os centros de saúde **H** e o centro de saúde **D**), o exercício de funções de direção, chefia ou coordenação (distinguindo-se o exercício informalmente e o não exercício), a antiguidade na profissão ou na carreira (distinguindo-se a classe de 10 a 19 anos), a idade (distinguindo-se o grupo etário de 55 ou mais anos) e as habilitações profissionais (distinguindo-se a especialidade). O quadro seguinte mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respetivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%).

Até que Ponto Existe Resultados da Estimação do Modelo

Quadro Nº14 - Influência dos Fatores Sociodemográficos e das Condições Contextuais no Grau de Satisfação com o Desenvolvimento da Carreira, Liderança da Chefia e Saúde e Proteção no Local de Trabalho

Fatores	Parâmetro estimado		
	Estimativa	valor-p	IC
Centro de saúde de saúde H	-12.5	0.053	[-25.1,0.16]
Centro de saúde de saúde D	16.6	0.044	[0.44,32.8]
Funções de direção – informalmente	-10.7	0.024	[-19.9, -1.4]
Funções de direção – não	-12.6	0.001	[-19.6,-5.5]
Antiguidade na profissão – 10-19 anos	-5.8	0.023	[-10.8,-0.83]
Grupo etário – 55 ou mais anos	-22.9	0.015	[-41.2,-4.5]
Habilitações profissionais – Especialidade	6.0	0.034	[0.47,11.6]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística F de Snedcor da qualidade do ajustamento da regressão é 5.4, conduzindo a um valor-p de aproximadamente 0, o que significa que o modelo estimado é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de satisfação com o Desenvolvimento da carreira, liderança da chefia saúde e proteção no local de trabalho depende de forma crescente do centro de saúde ser o centro de saúde **D** e de as habilitações profissionais serem a especialidade e de forma decrescente de o centro de saúde ser o centro de saúde **H**, do exercício informal e do não exercício de funções de direção, da antiguidade na profissão ou carreira estar entre 10 e 19 anos e de o grupo etário ser de 55 ou mais anos, ou seja:

Relativamente ao centro de saúde, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **H** é inferior ao do grupo dos que trabalham em qualquer outro centro (com exceção do centro de saúde **D**). Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos que trabalham no centro de saúde **H** é, em média, 12.5 ponto inferior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -25.1 a 0.16).

Pelo contrário, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **D** é superior ao do grupo dos que trabalham em qualquer outro centro (com exceção do centro de saúde **H**). Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos que trabalham no centro de saúde **D** é, em média, 16.6 ponto superior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é superior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de 0.44 a 32.8).

Em resumo, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **D** é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em qualquer outro centro, sendo o centro de saúde **H**, o que têm o grau de satisfação profissional mais baixo;

Relativamente ao exercício de funções de direção, chefia ou coordenação; **conclui-se** que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que as exercem informalmente é inferior ao dos que as exercem formalmente. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que exercem estas funções informalmente são, em média, 10.7 pontos inferiores ao

dos que as exercem formalmente (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -19.9 a -1.4). De forma semelhante, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que não exercem estas funções são, em média, 12.6 pontos inferiores ao dos que as exercem formalmente (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -19.6 a -5.5).

Em resumo, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que exercem estas funções formalmente é o mais elevado, seguindo-se os que as exercem informalmente e, por fim, os que não as exercem, que têm o grau de satisfação profissional mais baixo. Na profissão de enfermagem é essencial o trabalho de uma equipa multidisciplinar, pautado por uma boa coordenação/ chefia. Esta chefia formal age de acordo com o estabelecido em legislação para o efeito, (antiga carreira de enfermagem Decreto – Lei 437/91 de 8 de Novembro) onde está explanado as funções do enfermeiro gestor, o que lhe confere reconhecimento das funções que executa, ao contrário dos enfermeiros que as executam informalmente que são nomeados por um período de tempo, não lhe conferindo carácter vinculativo.

Segundo Rollinson et al (1998), citado por Ferreira (2011:321), o profissional que percebe o não reconhecimento das suas competências e capacidades pode desenvolver atitudes favoráveis em relação a determinados símbolos relacionados com o seu estatuto;

Relativamente à antiguidade na profissão ou na carreira, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros cuja antiguidade está entre 10 e 19 anos é inferior ao dos que têm qualquer outra antiguidade. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 5.8 ponto inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -10.8 a -0.83). A maior antiguidade na profissão parece-nos importante, pois uma maior experiência contribuirá para a estabilidade, podendo deste modo influenciar a satisfação profissional, Benner (2005:16) corrobora com esta ideia referindo que:

“A prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática...o domínio de um conjunto especializado

de aspetos da prática não qualifica necessariamente o profissional para ser reconhecido como um perito.”

Relativamente à idade, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros de 55 ou mais anos é inferior ao dos que têm qualquer outra idade. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 22.9 ponto inferior ao dos segundos, o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -41.2 a -4.5);

Relativamente às habilitações profissionais, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que têm uma especialidade é superior ao dos que têm quaisquer outras habilitações. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 6 ponto superior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é superior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de 0.47 a 11.6). A formação permite ao trabalhador adquirir maiores competências, maiores conhecimentos que são fundamentais para o crescimento e o desenvolvimento profissional e é vista como variável que pode influenciar as expectativas dos trabalhadores. Vala et al (1994) citado por Sá (1995:126), chegaram à conclusão que quanto mais rico for o conteúdo de uma função mais satisfeita estará a pessoa. Ao referenciarmos isto, situamo-nos no decreto-lei nº 437/91 de 8 de novembro, mais propriamente no artigo nº 7, conteúdo funcional do enfermeiro especialista e verificamos que este é rico, englobando competências do nível de planear, responsabilizar, colaborar, elaborar e realizar. A satisfação dos enfermeiros especialistas é na verdade muito importante uma vez que estes possuem responsabilidades muito específicas e próprias no seio da equipa multidisciplinar. A satisfação profissional está pois longe de constituir uma preocupação acessória ou apenas passageira, pois está diretamente ligada, explícita ou implicitamente, à qualidade dos cuidados, produtividade e realização pessoal (André; Neves, 2001).

Sobre a Perceção de um bom nível de remuneração e confiança no futuro, verificamos que os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação com a perceção de um bom nível de remuneração e confiança são o

centro de saúde (distinguindo-se os centros de saúde **C** e o centro de saúde **D**), a Unidade funcional (distinguindo-se a USP), o método de trabalho utilizado no dia-a-dia (distinguindo-se outro), a antiguidade na profissão ou na carreira (distinguindo-se a classe de 10 a 19 anos) e a Idade (distinguindo-se o grupo etário de 55 ou mais anos – refira-se que este parâmetro estimado não é significativo a 5%, pois o respetivo valor-p é superior a 5% mas, como o é apenas ligeiramente, optámos por considerá-lo significativo e manter esta variável no modelo). O quadro seguinte mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respetivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%).

Até que Ponto Existe Resultados da Estimação do Modelo

Quadro Nº15 - Influência dos fatores sociodemográficos e das Condições Contextuais no Grau de Satisfação com a Perceção de um bom Nível de Remuneração e Confiança.

Fatores	Parâmetro estimado		
	Estimativa	valor-p	IC
Centro de saúde de saúde C	-7.9	0.010	[-14.0,-1.9]
Centro de saúde de saúde D	11.7	0.047	[0.14,23.2]
Unidade funcional – USP	8.6	0.033	[0.70,16.5]
Método de trabalho – Enfermeiro Família	-5.1	0.017	[-9.2,-0.94]
Antiguidade na profissão – 10-19 anos	-3.6	0.047	[-7.1,-0.05]
Grupo etário – 55 ou mais anos	-12.6	0.058	[-25.7,0.42]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística F de Snedcor da qualidade do ajustamento da regressão é 3.7, conduzindo a um valor-p de 0.002, o que significa que o modelo estimado é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados.

Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de satisfação com a Perceção de um bom nível de remuneração e confiança depende de forma crescente de o centro de saúde ser o centro de saúde **D** e de a unidade funcional ser a USP e de forma decrescente de o centro de saúde ser o centro de saúde **C** e o método de trabalho utilizado no dia-a-dia ser outro, da antiguidade na profissão ou carreira estar entre 10 e 19 anos e de o grupo etário ser de 55 ou mais anos, ou seja:

Relativamente ao centro de saúde, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **C** é inferior ao do grupo dos que trabalham em qualquer outro centro (com exceção do centro de saúde **D**). Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos que trabalham no centro de saúde **C**, é em média, 7.9 ponto inferior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -14.0 a -1.9).

Pelo contrário, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **D** é superior ao do grupo dos que trabalham em qualquer outro centro (com exceção do centro de saúde **C**). Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos que trabalham no centro de saúde **D** é em média, 11.7 ponto superior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é superior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de 0.14 a 23.2).

Em resumo, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **D** é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em qualquer outro centro com exceção do centro de saúde de **C**, que têm o grau de satisfação profissional mais baixo. A dimensão remuneração refere-se às recompensas extrínsecas com expressão pecuniária, que o profissional recebe pelas funções que exerce no SNS, incluindo o vencimento base e outras remunerações complementares (como por ex., horas extraordinárias, incentivos, etc.). Inclui a perceção da equidade dessas recompensas em função do nível de desempenho, do grau de qualificação, das condições de vida e de trabalho, entre outros. Para Nunes e Vala (2007), o salário só constitui um bom motivo para o desempenho, se os trabalhadores compreenderem uma relação direta entre o que recebem e os seus resultados propriamente ditos. Sabe-se que o exercício profissional na enfermagem exige grande responsabilidade, pelo que a fraca remuneração é um fator relevante de insatisfação;

Relativamente à unidade funcional, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros da USP é superior ao dos de qualquer outra unidade funcional. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 8.6 ponto superior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos

primeiros é superior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de 0.70 a 16.5). Relativamente a esta dimensão não se encontra explicação para este fato, em virtude destes profissionais não terem remuneração superior em relação aos seus pares. No entanto é de referir que no cumprimento do Decreto – Lei nº 28 de 22 de Fevereiro de 2008, no artigo nº12 a composição da Unidade de Saúde Pública (USP) é feita exclusivamente por médicos de saúde pública e por enfermeiros de saúde pública/ saúde comunitária. As funções atribuídas a esta unidade estão em consonância com as competências dos enfermeiros especialistas de saúde comunitária/saúde pública, onde estes profissionais têm a possibilidade de exercer as competências para as quais estão habilitados. Deste modo podemos inferir que a realização profissional destes enfermeiros talvez tenha mais impacto do que a remuneração auferida;

Relativamente ao método de trabalho utilizado no dia-a-dia, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que utilizam o outro método é inferior ao dos que utilizam o método enfermeiro de família. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 5.1 ponto inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de 0.70 a 16.5). Ressalta a importância do método de trabalho ser o enfermeiro de família. Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre enfermeiro e família, o que implica o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Os cuidados de enfermagem têm por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando todos os seus elementos a serem proactivos no tratamento e manutenção da sua saúde;

Relativamente à antiguidade na profissão ou na carreira, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros cuja antiguidade está entre 10 e 19 anos é inferior ao dos que têm qualquer outra antiguidade. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 3.6 ponto inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -7.1 a -0.05);

Relativamente à idade, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros de 55 ou mais anos é inferior ao dos que têm qualquer outra idade. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 12.6 ponto inferior ao dos segundos, o que mostra que

a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -25.7 a 0.42).

Sobre o Desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição, verificamos que os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação com o desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição são o centro de saúde (distinguindo-se o centro de saúde **F** – refira-se que este parâmetro estimado não é significativo a 5%, pois o respetivo valor-p é superior a 5% mas, como o é apenas ligeiramente, optámos por considerá-lo significativo e manter esta variável no modelo) e a Idade (distinguindo-se o grupo etário de 55 ou mais anos). O quadro seguinte mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respetivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%).

Até que Ponto Existe Resultados da Estimação do Modelo

Quadro Nº16 - Influência dos Fatores Sociodemográficos e das Condições Contextuais no Grau de Satisfação com o Desenvolvimento de Conhecimentos e Competências para a Realização da Missão do Serviço e da Instituição.

Fatores	Parâmetro estimado		
	Estimativa	valor-p	IC
Centro de saúde de saúde F	-3.3	0.058	[-6.7,0.12]
Grupo etário – 55 ou mais anos	-14.2	0.006	[-24.2,-4.1]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística F de Snedcor da qualidade do ajustamento da regressão é 5.4, conduzindo a um valor-p de 0.006, o que significa que o modelo estimado é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de satisfação com o desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição depende de forma decrescente de ambas as variáveis, ou seja:

Relativamente ao centro de saúde, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **F** é inferior ao dos

que trabalham em qualquer outro centro. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 3.3 ponto inferior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -6.7 a 0.12);

Relativamente à idade, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros de 55 ou mais anos é inferior ao dos que têm qualquer outra idade. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 14.2 ponto inferior ao dos segundos, o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -24.2 a -4.1). A complexidade crescente das novas tecnologias e o desenvolvimento de competências cada vez mais exigentes, incute nos profissionais um sentimento de responsabilização no atingimento dos indicadores de contratualização assumidos entre os órgãos de gestão do ACeS e a sua unidade funcional. O fator idade interfere com a satisfação profissional dos enfermeiros, perante as mudanças operadas no seio das organizações de saúde, e as exigências implícitas no crescimento tecnológico e informático cria nos enfermeiros de faixa etária mais elevada receios de não conseguirem corresponder às expectativas exigidas. Alves (2004) refere que a perda gradual das habilidades previamente adquiridas induz sentimento de insatisfação profissional.

Sobre o Relacionamento com os utentes, verificamos que os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação com o relacionamento com os utentes são o centro de saúde (distinguindo-se os centros de saúde **C** e o centro de saúde **D**), – refira-se que este parâmetro estimado não é significativo a 5%, pois o respetivo valor-p é superior a 5% mas, como o é apenas ligeiramente, optámos por considerá-lo significativo e manter esta variável no modelo) e o método de trabalho utilizado no dia-a-dia (distinguindo-se o enfermeiro de família. O quadro seguinte mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respetivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%).

Até que Ponto Existe Resultados da Estimação do Modelo

Quadro Nº17 - Influência dos Fatores Sociodemográficos e das Condições Contextuais no Grau de Satisfação com o Relacionamento com os Utentes

Fatores	Parâmetro estimado		
	Estimativa	valor-p	IC
Centro de saúde de saúde C	-2.3	0.005	[-3.9,-0.71]
Centro de saúde de saúde D	2.3	0.059	[-0.09,4.7]
Método de trabalho – Enfermeiro de Família	1.0	0.048	[0.01,2.0]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística F de Snedcor da qualidade do ajustamento da regressão é 5.7, conduzindo a um valor-p de 0.001, o que significa que o modelo estimado é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de satisfação com o Relacionamento com os utentes depende de forma crescente de o centro de saúde ser o centro de saúde **D** e de o método de trabalho utilizado no dia-a-dia ser outro e de forma decrescente de o centro de saúde ser o centro e saúde **C**, ou seja:

Relativamente ao centro de saúde, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **C** é inferior ao do grupo dos que trabalham em qualquer outro centro (com exceção do centro de saúde **D**). Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos que trabalham no centro de saúde **C** é, em média, 2.3 ponto inferior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -3.9 a -0.71). Pelo contrário, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **D** é superior ao do grupo dos que trabalham em qualquer outro centro (com exceção do centro de saúde **C**). Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos que trabalham no centro de saúde **D** é, em média, 2.3 ponto superior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é superior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -0.09 a 4.7).

Em resumo, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde **D** é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham

em qualquer outro centro com exceção do centro de saúde **C**, que têm o grau de satisfação profissional mais baixo;

Relativamente ao método de trabalho utilizado no dia-a-dia, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que utilizam o método enfermeiro de família é superior ao dos que utilizam os restantes métodos. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 1 ponto superior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de 0.01 a 2).

Relativo a esta dimensão o relacionamento profissional/utente e equipa são definidas como o conjunto de interações humanas que se estabelecem entre o profissional e os utentes (indivíduos e famílias), como a relação decorrente da prestação de cuidados. Apesar de esta dimensão ter uma importância motivacional intermédia para os enfermeiros em estudo, aos resultados obtidos parecem importantes, não só para a profissão em si, mas também para a instituição de saúde. A relação que se estabelece entre o enfermeiro e utente é a essência da profissão de enfermagem e sendo a dimensão em que os enfermeiros estão mais satisfeitos parece potenciador da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, Rodrigues (2011). O relacionamento profissional/utente e equipa surgem das interações que se estabelecem entre os profissionais e os utentes durante a prestação de cuidados (Graça, 1999). Neste sentido, temos que ter em consideração a cultura organizacional, o tipo de comunicação, a equipa, o tipo de liderança e as relações que se estabelecem no ambiente de trabalho.

Sobre a estabilidade e segurança laboral, verificamos que os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de satisfação com a estabilidade e segurança laboral são o Número de utentes da lista (distinguindo-se as classes de 1500 a 2000 utentes e de mais de 2000 utentes) e o exercício de funções de direção, chefia ou coordenação (distinguindo-se o não exercício). O quadro seguinte mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, o que inclui as estimativas dos parâmetros, os respetivos valor-p e os intervalos de confiança (a 95%).

Até que Ponto Existe Resultados da Estimação do Modelo

Quadro Nº18 - Influência dos fatores sociodemográficos e das Condições Contextuais no Grau de Satisfação com a Estabilidade e segurança laboral

Fatores	Parâmetro estimado		
	Estimativa	valor-p	IC
Número de utentes – de 1500 a 2000	2.0	0.016	[0.38,3.6]
Número de utentes – mais de 2000	2.1	0.034	[0.16,4.0]
Funções de direção – não	-1.7	0.022	[-3.2,-0.26]

Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística F de Snedcor da qualidade do ajustamento da regressão é 4.2, conduzindo a um valor-p de 0.007, o que significa que o modelo estimado é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados.

Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de satisfação com a estabilidade e segurança laboral depende de forma crescente de o número de utentes estar na classe entre 1500 e 2000 ou estar na classe de mais de 2000 utentes e de forma decrescente de não exercer funções de direção, chefia ou coordenação, ou seja:

Relativamente ao número de utentes da lista, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que têm entre 1500 e 2000 utentes ou mais de 2000 utentes é superior ao do grupo de enfermeiros que têm menos de 1000 utentes, conforme tabela Nº6. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos que têm entre 1500 e 2000 utentes é, em média, 2 ponto superior ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é superior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de 0.38 a 3.6). De forma semelhante, conclui-se que, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos que têm mais de 2000 utentes é, em média, 2.1 pontos superiores ao do segundo grupo (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é superior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de 0.16 a 4.0).

Em resumo, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que têm mais de 2000 utentes é o mais elevado, seguindo-se de muito perto os que têm entre 1500 e 2000 utentes e, por fim, os que têm entre 1000 a 1500 utentes e

os que têm menos de 1000 utentes (ou seja, os que têm até 1500 utentes), têm o grau de satisfação mais baixo;

Relativamente ao exercício de funções de direção, chefia ou coordenação, conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que não as exercem é inferior ao dos outros que as exercem formalmente. Com efeito, de acordo com o modelo estimado, o grau de satisfação profissional dos primeiros é, em média, 1.7 ponto inferior ao dos segundos (mantendo as restantes variáveis constantes), o que mostra que a satisfação dos primeiros é inferior (e, de acordo com o intervalo de confiança, este valor pode variar de -3.2 a -0.26). As instituições de saúde são compostas por pessoas que as representam e que necessitam saber direcionar as políticas administrativas e de gestão dentro do seu local de trabalho.

“A enfermagem como se constitui em parte fundamental da estrutura organizacional, precisa preocupar-se com o seu autodesenvolvimento, adquirindo novas habilidades, novos conhecimentos e domínio no uso das tecnologias emergentes, sendo que um dos primeiros itens que o enfermeiro, como coordenador de equipas precisa ter e dominar é a ferramenta da liderança” Cunha (2002) citado por Balsanelli e Cunha (2006:118).

A liderança é uma das ferramentas imprescindível no processo de trabalho do enfermeiro, Balsanelli e Cunha (2006) referem que mesmo com toda a transformação social que vivenciamos, a tecnologia ainda não substituiu o homem. O enfermeiro traz em sua essência o contato com o outro, seja no exercício da arte de cuidar, como também gerindo equipas e preocupando-se com quem cuida uma vez que resolve conflitos, pratica a equidade na tomada de decisões, norteia-se pela ética e lei do exercício profissional (REPE), orienta novas condutas, busca a participação de seus pares na construção de planos e projetos. Assim sendo ele conseguirá trabalhar junto e com os membros de sua equipa com plena satisfação profissional.

6 - DA SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM ACES ÀS EVIDÊNCIAS DA LITERATURA

Depois do trabalho de campo e da dedução dos dados, questionamo-nos sobre as diferenças dos nossos resultados e os resultados de estudos de outros autores. Neste capítulo, tem lugar a discussão dos resultados, tendo em conta as principais evidências e proposições teóricas existentes na literatura.

Existe uma forte predominância de enfermeiras (91.6%) no nosso estudo, tal como se verifica nos dados da OE (2013), onde se comprova que o nível nacional da população de enfermeiros é maioritariamente do sexo feminino 53814 (82%), para 12058 (18%) do sexo masculino. Pelos resultados vemos que se trata de uma população constituída maioritariamente por elementos do género feminino, o que vai de encontro à tendência histórica da profissão de enfermagem e que pudemos observar também em outros estudos realizados com enfermeiros, Fonseca, 1998; Cura e Rodrigues, 1999; Santos et al, 2006; Rodrigues, 2000; André e Neves, 2001; Zaldivar e Masramon, 2003; Schmidt; Dantas, 2006; Mártires, 2007; Batista et al, 2010), citado por Freitas (2011). Também de acordo com Lima et al (2009), num estudo realizado concluíram que 83,3% dos enfermeiros são do sexo feminino e apenas 17,7% são do sexo masculino. Isto significa que desde os primórdios da enfermagem, a mulher tem uma atuação predominante, embora, haja o crescimento da participação masculina na profissão. Nos últimos anos, esse aumento está associado às novas expectativas de profissionalização, decorrentes da maior especialização e formação.

Neste estudo constata-se que a satisfação dos enfermeiros que trabalham no ACeS, não é entendida de igual forma pela totalidade dos enfermeiros participantes, pelo que o grau de satisfação dos enfermeiros do ACeS estudado é expresso da seguinte forma:

O grau de satisfação relativamente às expectativas é elevado ou muito elevado em todos os itens e no total (concentração das respostas nos graus de

satisfação elevados), tal como no estudo de Castro et al (2011), em que as expectativas dos enfermeiros são elevadas e os seus valores homogêneos. Segundo a teoria da expectativa de Vroom (1964), citado por Robbins (1999) e por Graça (2006) um profissional só estará motivado se reconhecer que o seu esforço o aproximará das suas metas pessoais e profissionais (expectativas). Neste estudo como já foi referido, a média das expectativas dos enfermeiros é elevada o que à luz desta teoria, significa que os enfermeiros do ACeS estão motivados no seu trabalho.

O grau de satisfação real é predominantemente moderado, sendo mesmo um pouco baixo em alguns itens (grande dispersão das respostas, mostrando grandes diferenças), este dado pode dever-se ao fato de, tal como Carvalho e Lopes (2006) concluíram no seu estudo, ainda não haver um reconhecimento do desempenho profissional do enfermeiro por outras categorias profissionais e nem mesmo pela sociedade, o que desmotiva o profissional a exercer a sua função. Também Castro et al (2011) concluíram no seu estudo que os fatores que influenciam negativamente os índices de satisfação profissional dizem respeito à atual política laboral que, face à conjuntura nacional que se vivencia, tem limitado o acesso dos profissionais a vínculos de contratos a termo indeterminado e consequentemente à redução dos aumentos salariais.

Para responder à pergunta “Será que existe relação entre as dimensões da satisfação e as diferentes variáveis contextuais?”

O grau de satisfação profissional dos enfermeiros altera de acordo com os centros de saúde onde trabalham. A satisfação depende da cultura organizacional de CS para CS, em função das condições que lhes são disponibilizadas para o exercício profissional bem como a estrutura desta que incorpora aspetos tais como: as redes sociais informais, as relações interpessoais que promovem o poder informal, e as perceções que os enfermeiros têm da realidade.

O ACeS é caracterizado pela dispersão geográfica dos centros de saúde e estes pelas unidades funcionais, esta dispersão permite uma formação de estruturas informais na organização em paralelo às estruturas formais, como referem Kurcgant e Massarollo (2005:26) que os elementos da estrutura informal, trespassam toda a dinâmica organizacional, concretizando nas relações interpessoais em que a subjetividade, a intersubjetividade, os valores e as crenças individuais, bem como os interesses particulares e institucionais, constituem a

argamassa que dá textura e, principalmente, significado ao trabalho que ali se desenvolve.

É, também nesse contexto, que está alicerçada a missão da organização, bem como as políticas e propostas que regem a dinâmica organizacional. Estes fatores mostram a importância de se considerar tanto os aspetos da estrutura formal como os da estrutura informal da organização, para se obter a percepção da realidade organizacional.

“Afim de saber se existe relação entre as dimensões da satisfação profissional e as características demográficas”

Conclui-se que o grau de satisfação profissional dos enfermeiros é inferior ao das enfermeiras. De destacar que nos estudos de Rodrigues (2000) e André e Neves (2001) há uma concordância relativamente às condições de trabalho, em que o género feminino se revela parcialmente satisfeito e o género masculino parcialmente insatisfeito. No estudo de Baptista et al (2010), esta variável (género) vem revelar que era o género feminino que apresentava médias superiores de satisfação.

O grau de satisfação profissional dos enfermeiros que têm uma especialidade é superior ao dos que têm quaisquer outras habilitações. Segundo os dados da OE (2013) os enfermeiros especialistas do sexo feminino são 10662 e sexo masculino 2421 num total 13083 especialistas das diversas especialidades. O estudo revela que os enfermeiros detentores de uma especialidade estão mais satisfeitos, parece-nos pois lógico que um profissional com mais formação perceçione maior satisfação. Ribeiro (2005), refere no seu estudo que existe uma relação parcial entre as habilitações literárias e a satisfação profissional. Também Freitas (2011) diz que existe relação parcial entre a satisfação profissional e o exercer na área da especialidade, sendo que a satisfação profissional é significativamente superior nos enfermeiros que se encontram a exercer na área da especialidade. A qualidade da formação afeta a satisfação no trabalho, em geral e o crescimento da satisfação em particular, produzindo um sentimento de realização, proporcionando ao trabalhador o conhecimento e as competências para a execução do trabalho de uma forma eficaz. O desenvolvimento de competências através da formação, enquadrada numa prática profissional será uma estratégia fulcral para a evolução da profissão de enfermagem com fundamentação e deliberação no seu desenvolvimento. Este desenvolvimento proporciona aos enfermeiros a autorrealização profissional e

consequente satisfação. Ideia corroborada por Silva (2012), ao concluir no seu estudo que a maioria dos enfermeiros especialistas apresentam-se satisfeitos com o trabalho que realizam. Rodrigues (2011), no seu estudo concluiu que os enfermeiros com habilitações académicas superiores à licenciatura são os mais satisfeitos. A formação permite ao trabalhador adquirir mais competências, fundamentais para o crescimento e o desenvolvimento profissional e é vista como variável que pode influenciar as expectativas dos trabalhadores, daí a sua satisfação, Lameira (2002).

Sobre o local de trabalho, os enfermeiros são maioritariamente trabalhadores das unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), e o grau de satisfação profissional destes enfermeiros é inferior ao dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra unidade. De acordo com a nova reforma as equipas de trabalho das unidades funcionais, nomeadamente as USCP são equipas que apresentam estrutura idêntica às unidades de saúde familiar (USF`s) e têm como missão assegurar a prestação de cuidados de saúde personalizados, garantindo a acessibilidade, globalidade, continuidade e qualidade dos cuidados. São compostas por profissionais que não aderiram às USF`s e a sua constituição é feita pela direção do ACeS. Contrariamente às USF`s, as UCSP`s não possuem qualquer tipo de incentivo ao desempenho e continuam ainda por regulamentar. *“Pelo fato de não se auto formar e pela sua incipiente noção de coletivo e de grupo que partilha uma missão e objetivos, pode induzir o pouco reconhecimento e valorização do trabalho do enfermeiro pela equipa multiprofissional”* (Santos, Braga e Fernandes, 2008:104), este dado poderá ser um contributo relevante para a explicação dos valores de menor satisfação dos profissionais.

O grau de satisfação profissional dos enfermeiros que utilizam o método enfermeiro de família é superior ao dos que utilizam os restantes métodos. Segundo a OE (2010) o método de trabalho “enfermeiro de família” tem vindo, progressivamente, a ser implementado em vários países, e é hoje uma realidade em muitos contextos da prática, especialmente na área de cuidados de saúde primários.

Na Declaração de Munique (Conferência Ministerial da OMS, 2000) cit in OE (2000:10) está enfatizada a figura do enfermeiro de família, enquanto *pivot* no seio de uma equipa multiprofissional (Ministério da Saúde, 2012). Na reorganização dos CSP constata-se grande ênfase ao método de trabalho por enfermeiro de família, o

enfermeiro vê reconhecida as suas competências como prestador de cuidados. Este método propicia a satisfação no trabalho porque cada profissional utiliza suas capacidades ao máximo, efetuando um atendimento personalizado aos seus utentes.

Perante a questão colocada sobre a “possibilidade de mudança de serviço”, a maioria dos enfermeiros nunca pensou em nenhuma das hipóteses colocadas e pretende manter-se na mesma profissão. Este dado é comum nos estudos de Graça (1999), onde os enfermeiros referem que continuariam a escolher a mesma atividade laboral. Lima et al (2009) refere que os enfermeiros apresentam elevado grau de realização profissional, opinião corroborada no estudo de Castro et al (2011), onde os enfermeiros apresentam maior satisfação profissional e uma menor disposição para deixar o seu trabalho. Observa-se uma clara escolha pela estabilidade e continuidade da situação atual, ou seja, pela manutenção dessa situação.

Os enfermeiros chefes estão mais satisfeitos em relação aos enfermeiros que exercem funções de chefia de forma informal, Silva et al (2009) cit in Sartoreto (2013), concluíram no seu estudo que ter possibilidade de tomar decisões e ter autonomia influenciam positivamente na satisfação profissional, bem como o reconhecimento e a responsabilidade Carvalho e Lopes (2009). No estudo de Castro et al (2011), observou-se que os enfermeiros responsáveis pela direção, chefia ou coordenação de unidades de saúde apresentam um índice de satisfação profissional mais elevado. Segundo Herzberg, a motivação no trabalho depende do enriquecimento de funções ou tarefas de forma a satisfazer necessidades complexas. Por sua vez Maslach (1981:99), refere que a participação ativa dos profissionais nas decisões do serviço, poderá ser útil e levar à realização e satisfação profissional, acrescenta também neste estudo que os profissionais, com cargos acrescidos, que exigem deles outras competências, responsabilidades de decisão e uma maior especificidade no trabalho, apresentam maior satisfação. A teoria refere que as características da função influenciam positivamente a satisfação, (Rodrigues 2011).

O grau de satisfação profissional dos enfermeiros cuja antiguidade está entre 10 e 19 anos é inferior ao dos que têm qualquer outra antiguidade. O tempo de serviço pode também assumir a posição de variável independente e com forte correlação com a satisfação. Pode-se, entre outras coisas, estabelecer uma relação

entre o tempo de serviço, as oportunidades de progressão na carreira instigada pelo fato da mesma ter estado congelada desde 2005 de acordo com a Lei nº 43/2005, de 29/08. De acordo com o art.º 17º, do DL nº 437/91, de 08/11: *"A mudança de escalão dentro de cada categoria verifica-se após a permanência de três anos no escalão anterior e avaliação de desempenho de Satisfaz (...) A progressão dos Enfermeiros de cuidados de saúde primários, faz-se ao fim de dois anos e meio"*, de acordo com o nº2, do art.º 59º, do DL nº437/91, 08/11: *" O tempo de serviço prestado em estabelecimento da área dos cuidados de saúde primários determinará, em cada ano, a redução de dois meses para mudança de escalão"*. O nº1, art.º 1º, da Lei nº 43/2005, de 29/08, "Progressões", diz:

"O tempo de serviço prestado pelos funcionários, agentes e outros trabalhadores da administração pública central, regional e local e pelos demais servidores do Estado entre a data de entrada em vigor da presente lei e 31 de Dezembro de 2006 não é contado, para efeitos de progressão, em todas as carreiras, cargos e categorias, incluindo as integradas em corpos especiais."

Perante este Decreto-lei leva-nos a deduzir que o grau de satisfação dos enfermeiros que iniciaram funções desde há 10 anos, nunca usufruíram do estipulado no art.º 17º, do DL nº 437/91, de 08/11.

O grau de satisfação profissional dos enfermeiros que desempenham funções nas unidades de saúde familiar USF (modelo B) é superior ao dos de qualquer outra unidade funcional. Os enfermeiros que pertencem às USF's modelo B estão satisfeitos, provavelmente terá influência o fato de obterem incentivos monetários, e para que esta unidade funcional consiga manter-se em modelo B, é necessário uma coesão de equipa, entre todos os elementos da equipa multiprofissional, para atingirem os objetivos inicialmente contratualizados, estando implícito um bom clima organizacional. Da experiência das USF decorre também a evidência de não serem as variáveis ou os fatores "objetivos" do trabalho em si que mais influenciam a motivação e a satisfação dos profissionais, mas sim o facto de haver ou não escolhas e decisões voluntárias, livres e responsavelmente assumidas pelos profissionais, sem serem impostas. Parece, portanto, que a sensação de ter controlo sobre a organização e ritmo do seu trabalho, de pertencer a uma equipa, de participar num projeto e na definição dos seus objetivos são, entre outros, poderosos determinantes da satisfação profissional, Santos (2007). Opinião também partilhada por Ferreira (2011) ao constatar que a satisfação dos enfermeiros depende do facto de estes trabalharem em tipos de unidades diferentes, e os inquiridos a exercer funções em USF's demonstram estar mais

satisfeitos, face aos que trabalham noutras unidades funcionais. São de realçar os relatos que sublinham o clima e as práticas de entreajuda, com reflexos positivos a vários níveis.

O grau de satisfação profissional com o relacionamento com os utentes é variável de centro de saúde para centro de saúde. Resultados coincidentes com os apresentados no estudo realizado pelo núcleo de Qualidade e Humanização do centro de saúde Carnaxide, que pretendeu avaliar a satisfação dos seus profissionais no âmbito do programa de Qualidade MonQuOr e no trabalho de Graça (2000), que apesar de estudar a satisfação numa população de médicos de cuidados de saúde primários, também estes se baseiam a sua atuação na relação com os utentes, (Rodrigues 2011). Também Castro et al (2011) observou que os enfermeiros do centro de saúde de Barcelos/Barcelinhos estão satisfeitos com as interações humanas positivas que se estabelecem com os utentes.

Os enfermeiros mais jovens estão mais satisfeitos. Os que têm mais de 55 anos de idade estão insatisfeitos, o que vai de encontro com o estudo realizado por Salomé (1999) onde os enfermeiros mais novos apresentam-se mais satisfeitos em relação aos mais velhos. Existe no entanto outros estudos que não corroboram esta afirmação. Rodrigues (2011) no seu estudo concluiu que os enfermeiros mais velhos ou com mais antiguidade na profissão estão globalmente mais satisfeitos.

A maioria dos enfermeiros tem vínculo definitivo no respetivo ACeS (93.7%), o que lhes permite ter uma estabilidade em relação ao trabalho. Também Ferreira (2001) ao tentar verificar a relação, entre a satisfação profissional dos enfermeiros e o facto de pertencer ou não ao quadro de pessoal do Centro Regional de Oncologia de Coimbra, verificou existir correlação significativa entre as duas variáveis, na dimensão segurança da escala de satisfação profissional.

Mais de metade dos inquiridos (53,6%) expressa que têm vontade de se manterem no mesmo serviço o que nos leva a considerar que estão satisfeitos. Existem evidências de que pessoas com níveis altos de satisfação com o trabalho são também as que menos planeiam sair dos locais onde trabalham que têm menos grau de absentismo, melhor desempenho e maior produtividade, Graça e Sá (1999).

7 – CONCLUSÃO

O (SNS) é nos dias de hoje uma peça fundamental para a saúde dos portugueses. São inegáveis os ganhos em saúde que trouxe mas, com a sua evolução, vieram dificuldades, os gastos poucos explicados e, assim, a necessidade de se proceder a uma reforma dos cuidados de saúde primários (CSP). Com esta reforma emergiram críticas, surgiram medidas políticas de reestruturação e, com elas, um ambiente psicologicamente stressante e de insegurança dos enfermeiros no trabalho, (Rodrigues 2011).

A satisfação profissional dos enfermeiros do ACeS é um fenómeno extremamente complexo que necessita de uma ampla gama de estudos para a sua compreensão. Perante esta realidade o presente estudo teve como pergunta norteadora “ Quais os fatores que influenciam a Satisfação Profissional dos Enfermeiros do ACeS?”

A satisfação profissional surge como sendo o resultado afetivo da motivação no trabalho, tendo consequências em termos do desempenho e, portanto, sendo determinante para o desenvolvimento sustentado dos cuidados de saúde. A satisfação é uma consequência de experiências pessoais no meio organizacional que se refletem para a vida social e familiar dos profissionais, podendo representar um forte indicador sobre as relações entre o trabalho e a vida pessoal ou até de interação entre trabalho e vínculos afetivos e familiares. Preocupações desta natureza refletem claramente o eixo central de estudos sobre a satisfação profissional.

O conhecimento sistematizado sobre a maneira como se configuram e os resultados das relações entre satisfação profissional e saúde do trabalhador são relevantes, tanto para auxiliar no estabelecimento de um consenso ou consolidar teorias sobre satisfação no trabalho, como, principalmente, para que estes

conhecimentos sejam utilizados como subsídios na concepção, implementação e avaliação de medidas preventivas e corretivas no ambiente psicossocial no trabalho, visando a promoção e proteção da saúde do trabalhador. Neste sentido e tendo em consideração o tempo ocupado na nossa vida pelo trabalho, é importante que este seja motivador e proporcione um nível de satisfação que contribua para o bem-estar global do enfermeiro. Os gestores das organizações de saúde devem ter em conta as expectativas do indivíduo e o valor que ele atribui à recompensa de um determinado momento, para que desta forma se instituem programas motivacionais voltados para a realidade e as necessidades dos trabalhadores, (Bezerra *et al.* 2010).

Após a análise e interpretação dos dados foi possível responder à pergunta de pesquisa e alcançar os objetivos propostos neste estudo ressaltando as seguintes conclusões:

A amostra em estudo é caracterizada maioritariamente por enfermeiras, com idades compreendidas entre os 35 e 54 anos, com licenciatura, a trabalhar com o método de enfermeiro de família, cuja antiguidade no serviço é de 10 a 29 anos e a trabalhar no ACeS.

Sobre o local de trabalho, os enfermeiros situam-se maioritariamente na unidade funcional (UCSP), trabalham 40 horas semanais e usam como método de trabalho enfermeiro de família. A maioria dos enfermeiros trabalham na prestação de cuidados, o seu vínculo é contrato de trabalho em função pública por tempo indeterminado e têm vínculo definitivo neste ACeS. A maior percentagem tem de antiguidade 20-29 anos, e no atual serviço há menos de 10 anos. A maioria nunca pensou em mudar de local trabalho e pretende manter-se na mesma profissão, e o emprego principal é o centro da saúde. Segundo Ribeiro (2009) a existência de fatores que motivam o enfermeiro a permanecer no mesmo trabalho é fazer o que gosta; ter estabilidade adquirida por concurso público; ter compromisso com a população; ser valorizado no serviço.

-Sobre o grau de satisfação dos enfermeiros deste ACeS:

“Até que ponto deveria existir”- satisfação idealizada – Destacam-se como causas os fatores sociodemográficos e as condições contextuais antiguidade na profissão, o género, o centro de saúde (distinguindo-se vários centros), a unidade funcional (distinguindo-se várias unidades), o exercício de funções de direção,

chefia ou coordenação e as habilitações profissionais (distinguindo-se apenas a pós-graduação).

Relativamente às expectativas “satisfação idealizada” destacaram-se as seguintes dimensões: Satisfação com o funcionamento do ACeS; segurança laboral e bem-estar no local de trabalho; percepção de um bom nível de remuneração; desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição; prestígio no meio social e profissional; fazer amigos no local de trabalho.

“Até que ponto existe” - A realidade das satisfação – Destacam-se como causas os fatores sociodemográficos e as condições contextuais, o centro de saúde (distinguindo-se vários centros), a unidade funcional (distinguindo-se a USF e a USP), o exercício de funções de direção, chefia ou coordenação, a idade (distinguindo-se o grupo etário de 55 ou mais anos), as habilitações profissionais (distinguindo-se a especialidade em enfermagem), o método de trabalho utilizado no dia-a-dia (distinguindo-se o método de enfermeiro de família).

Relativamente à - realidade da satisfação- destacaram-se as seguintes dimensões: satisfação com o funcionamento do ACeS; entreajuda e amizade entre profissionais no local de trabalho; desenvolvimento da carreira liderança da chefia e saúde e proteção no local de trabalho; percepção de um bom nível de remuneração e confiança no futuro; desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição; relacionamento com os utentes; estabilidade e segurança laboral.

O grau de associação entre as **expectativas e os resultados**, relativamente às dimensões da satisfação profissional, verifica-se “**Até que ponto deveria existir**” ou seja as expectativas dos enfermeiros – o grau de satisfação é elevado ou muito elevado em todos os itens e no total havendo concentração das respostas nos graus de satisfação elevados, quanto “**Até que ponto existe**” ou seja os resultados da satisfação dos enfermeiros – o grau de satisfação é predominantemente moderado, sendo-o também para o total da escala, sendo mesmo um pouco baixo em alguns itens havendo grande dispersão das respostas, mostrando grandes diferenças.

Quanto ao instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo (questionário de satisfação profissional de Graça) a consistência interna e

fiabilidade da escala (alfa de Cronbach) – é muito elevada, tanto para a totalidade da escala como para as subescalas (dimensões) identificadas e é semelhante para “Até que ponto deveria existir”, quer para “Até que ponto existe”. Quer o questionário na sua globalidade, quer as dimensões identificadas revelam uma consistência interna e fiabilidade muito elevada o que significa que são válidos para os objetivos a que se destina, permitindo confiar nas conclusões e nos resultados extraídos.

Mais de metade (53,6%) dos enfermeiros do ACeS, expressam que têm vontade de se manterem no mesmo serviço o que nos leva a considerar que estão satisfeitos.

Sobre o grau de satisfação profissional dos enfermeiros das várias unidades funcionais do ACeS:

-O grau de satisfação profissional dos enfermeiros da unidade funcional (UCSP) é inferior ao dos de qualquer outra unidade funcional, na dimensão “perceção de um bom nível de remuneração”, e na dimensão “satisfação com o funcionamento do ACeS”.

-O grau de satisfação profissional dos enfermeiros da unidade funcional (USF) (modelo B) é superior ao dos de qualquer outra unidade funcional, na dimensão “desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição” e na dimensão “prestígio no meio social e profissional”.

-O grau de satisfação profissional dos enfermeiros da unidade funcional (USP) é superior ao dos de qualquer outra unidade funcional, na dimensão “perceção de um bom nível de remuneração e confiança no futuro”.

Relativamente aos fatores socio demográficos constata-se que a satisfação profissional depende do tipo de vínculo, do facto de os mesmos desempenharem funções de gestão, do tempo de serviço e da idade.

O questionário tinha uma pergunta aberta, onde os profissionais pudessem mencionar ou relatar algum fato menos positivo do seu local de trabalho ou mesmo sobre o desempenho das suas funções, o número reduzido de respostas pode traduzir uma falta de disponibilidade e de interesse no que toca ao conteúdo da pergunta. Visando minimizar as limitações deste estudo sugerem-se novas pesquisas no sentido de se avançar com novos estudos para se identificar novos

constructos sobre os fatores que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros.

Este estudo trouxe alguns contributos, no que diz respeito à investigação, servirá de comparabilidade com novos projectos e com novas mudanças que possam ocorrer no SNS.

A nível de gestão é sem dúvida uma importante ferramenta de gestão de recursos humanos, sendo também fundamental no planeamento estratégico do ACeS, nomeadamente na tomada de decisão. Com a organização dos CSP, vai permitir avaliar o contexto de trabalho dentro da cultura organizacional das UF, bem como rentabilizar as competências profissionais.

Não é difícil compreender que, em virtude das exigências e especificidades próprias do trabalho do enfermeiro, ele terá maiores e melhores condições para prestar os cuidados se estiver satisfeito com o seu trabalho.

Procurar conhecer o pensar e o sentir dos profissionais é, provavelmente, a forma mais poderosa de promover a sua participação ativa na vida e nos destinos do sistema de saúde. As novas tecnologias de informação e comunicação, nomeadamente os sistemas informáticos que suportam os processos de registos clínicos de enfermagem fazem parte da agenda de mudança da reorganização dos CSP. Qualquer mudança planeada dos CSP será melhor sucedida se houver um envolvimento de todos os profissionais através de uma gestão participada e uma cultura de excelência, tanto por parte dos profissionais como por parte dos gestores.

Os resultados deste estudo poderão ser um instrumento de gestão útil para o planeamento estratégico do ACeS, sobre o qual os gestores poderão tomar decisões sustentadas, no sentido de promover níveis desejados de satisfação profissional. Esperamos que possa igualmente ser um ponto de partida e motivação para novos estudos e para a implementação de ações corretivas.

Considerando que qualquer trabalho de investigação é uma obra inacabada na medida que o conhecimento é cumulativo, os resultados de um estudo deste âmbito podem e devem ser completados por outras investigações vindouras.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, L.; [et al.] – *O trabalho de equipa em Enfermagem: Revisão sistemática da literatura*. Revista Brasileira de Enfermagem [Em linha]. Vol. 58, nº2 (mar-abr. 2005), p. 203-207 [Consult. 14 jun. 2014]. Disponível na Internet:<URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000200015>>. ISSN 0034-7167.

AFONSO, P.B. - *Contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde*. Lisboa, 2010.

ALVES, M.G.M. - *Pressão no Trabalho: Estresse no Trabalho e Hipertensão Arterial em Mulheres no Estudo Pró-Saúde* [Em linha]. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000500019>>. ISSN 0034-8910.

ANDRÉ, O; NEVES, A. – *A satisfação profissional dos enfermeiros em serviços de urgência*. Nursing. N.º 157 (Julho/Agosto, 2001), p. 15-19. ISSN: 0871-6196.

ASSIS, C - *O Enfermeiro Gestor que Dificuldades* [Em linha]. Vila Real: Dissertação de Mestrado Universidade de Trás os Montes, 2010. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível em WWW:<URL: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/554/1/msc_vmcprodriques.pdf>.

AUGUSTO, M.C.B.P. - *Modelo de Competências dos enfermeiros com funções de Gestão em Portugal* [Em linha]. Vila do Conde: Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico do Porto Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão, 2013. [Consult.18 jan. 2014]. Disponível em WWW:<URL: http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3534/3/DM_CristinaAugusto_2013.pdf>.

BALSANELLI, A.P.; CUNHA, I.C.K.O. - *Liderança no Contexto da Enfermagem*. Rev Esc Enferm USP [Em linha]. Vol. 40, nº1, (2006), p.117-22. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: <URL: www.ee.usp.br/reeusp>.

BATISTA, VLD [et al.] – *Satisfação dos Enfermeiros: estudo comparativo em dois modelos de Gestão Hospitalar*. Referência. Coimbra. II Série, nº 12, (2010), p.57-69.

BENNER, P – *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Edição comemorativa, 2ªed. Quarteto, 2005.

BEZERRA, F. [et al.] - *Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro*. Revista Brasileira de Enfermagem [Em linha]. Vol. 63, nº1, (Jan, fev. 2010), p.33-37. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100006>>. ISSN 0034-7167.

BISCAIA, A. [et al.] - *Cuidados de saúde primários em Portugal: Reformar para novos Sucessos*. Lisboa: Fundação Astrazeneca, 2005.

BISCAIA, A. - *A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a reforma do pensamento*. Revista Portuguesa de Clínica Geral [Em linha]. [S. I.]. Vol. 22, nº1, (Jan. 2006), p. 67-79. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10211>>. ISSN 2182-5173.

BISCAIA, A. [et al.] - *Os centros de saúde em Portugal, a satisfação dos utentes e dos profissionais* [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007. [Consult.18 abr. 2014]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ces.uc.pt/cesfct/ms/CSPortugal_Isabel_Craverro.pdf>.

BRANCO, A.G.; RAMOS, V. - *Cuidados de saúde primários em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Em linha]. [S. I.]. Vol. temático, nº 2, (2001), p.5-12. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>>

BRANDÃO, L.R.A. - *Qualidade de Vida no Trabalho e Satisfação Profissional: Estudo exploratório sobre a importância da idade e dos anos de permanência na organização numa amostra de colaboradores do sector do call center* [Em linha]. [S. I.]: Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia,

2012. [Consult. 13 jan. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://hdl.handle.net/10451/8077>>.

CAMARA, P; GUERRA, P; RODRIGUES, J. – *Novo Humanator: Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. Lisboa: Edições Dom Quixote, 4ª ed., 2010.

CAMPOS, AC - *Reformas da Saúde, o fio condutor*. Lisboa: Almedina, 2008.

CARAPETO, C; FONSECA, F – *Administração Pública: Modernização, Qualidade e Inovação*. Lisboa: Edições Sílabo, 2ª ed., 2006.

CARAPETO, C; FONSECA, F – *Governança, Inovação e Tecnologias*. Lisboa: Edições Sílabo, 1ª ed., 2009.

CARVALHO, M - *A nova Gestão Pública, as reformas no setor da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de chefia* [Em linha]. [S. l.]: Tese de doutoramento. Universidade de Aveiro, 2006. [Consult. 20 jan. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4621/1/206895.pdf>>

CARVALHO, G; LOPES, S - *Satisfação Profissional do Enfermeiro em uma Unidade de Emergência de Hospital Geral*. Arq Ciênc Saúde. [Em linha]. [S. l.]. Vol.13, nº4 (Out-dez. 2006), p. 209-214. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: <URL: [www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-4/Famerp%2013\(4\)%20ID%20210%20-%2017.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-4/Famerp%2013(4)%20ID%20210%20-%2017.pdf)>.

CARVALHO, M.C.F.C. - *Satisfação Profissional dos Enfermeiros* [Em linha]. Lisboa: Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Instituto de Educação, 2010. [Consult. 8 mar. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://hdl.handle.net/10437/1574>>.

CASCÃO, F. - *Entre a Gestão de Competências e a Gestão do Conhecimento: Um estudo exploratório de Inovações na Gestão de Pessoas*. Lisboa: Editora RH, 2004.

CASTRO, J. [et al.] - *Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: O Caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos*. Rev Port Saúde Publica [Em linha]. Vol. 20, nº 2, (2011), p. 157-172. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: <URL: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252011000200009&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0870-9025.

CEITIL, M. - *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa: Sílabo, 1ª ed, 2010.

CERDEIRA, JMR. – *Avaliação da Satisfação dos Profissionais do ACES Baixo Vouga II* [Em linha]. [S. l.]: Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, 2010. [Consult.11 dez. 2013]. Disponível em WWW: <[URL:http://ria.ua.pt/handle/10773/4247](http://ria.ua.pt/handle/10773/4247)>.

CHIAVENATO, I. – *Recursos Humanos*. São Paulo: Atlas,7ª ed., 2002.

CHIAVENATO, I. - *Administração de recursos humanos: Fundamentos Básicos*. São Paulo: Atlas 4ª ed., 2004.

COSTA, J.S. - *Métodos de Prestação de Cuidados* [Em linha]. Escola Superior de Enfermagem de Viseu, 2004. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível em WWW:repositorio.ipv.pt/.../Métodos%20de%20prestação%20de%20cuidados.p.>.

CUNHA, MP. [et al.] - *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH, 2007.

DECRETO-LEI n.º413/71.D.R. I Série. Nº 228 (27-09-71), 1406-1434.

DECRETO-LEI nº437/91.D.R. I Série. Nº257 (08-11-91), 5723-5741.

DECRETO-LEI n.º117/98. D.R. I Série. Nº 103 (05-05-98), 199-1994.

DECRETO-LEI n.º157/99.D.R. I Série. Nº 108 (10-05-99), 2424-2435.

DECRETO-LEI nº 27/02. D.R I Série. Nº188 (20-08-03), 7150-7154.

DECRETO-LEI nº 60/03. D.R. I Série Nº 77 (01-04-03), 2118-2127.

DECRETO-LEI n.º188/03. D.R. I Série Nº 191 (20-08-03), 5219- 5230.

DECRETO-LEI n.º 88/05. D.R. I Série. N.º 107 (03-06-05), 3606.

DECRETO-LEI n.º 222/07.D.R. I Série. N.º 103 (29-05-07), 3519-3523.

DECRETO-LEI n.º 298/07. D.R. I Série Nº 161 (22-08-07), 5219-5596.

DECRETO-LEI n.º28/08. D.R. I Série. Nº 38 (22-02-08), 1182-1189.

DECRETO-LEI n.º 248/09.D.R. I Série Nº184 (22 -09-09),6761-6765.

DECRETO-LEI n.º 122/10. D.R. I Série. N.º 219 (11-11-10), 5099-5101.

DESPACHO NORMATIVO nº 97/MAS/83.D.R. I Série.Nº93 (22-04-83),1439-1453.

FERREIRA, P.L; RAPOSO V.; GODINHO P. - *A voz dos utilizadores dos centros de saúde* [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde, 2005. [Consult.12 dez. 2013]. Disponível em WWW: <http://www.uc.pt/feuc/pedrof/Investigacao/Projectos/europep>>.

FERRÃO, A; BISCAIA, L. - *A Essência das Unidades de Saúde Familiar. Encontro Nacional das USF. Saúde, capital do futuro*. Lisboa: ISCTE, 2006.

FERREIRA, M.A.M.C.M; SOUSA, L.M.M – *Satisfação no trabalho dos enfermeiros que participam/participaram no programa PECLEC* [Em linha]. Viseu: Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, 2006. [Consult.11 mai. 2014]. Disponível em WWW: <http://hdl.handle.net/10400.14/2861>.

FERREIRA, P.; RAPOSO, V. - *A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação*. Rev Port de medicina Geral e familiar [Em linha]. Estudos originais. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Vol. 22, 2006, p.285-296. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.uc.pt/feuc/pedrof/docs/Publicacoes/AN200601.pdf>>

FERREIRA, J.M. C; NEVES, J.; CAETANO, A. – *Manual Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Escolar Editora, 2011.

FERREIRA, V. - *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários no Distrito de Braga* [Em linha]. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia da Universidade do Porto, 2011. [Consult.18 mai. 2014]. Disponível em WWW: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56197/2/DissertaoMestradoVera.pdf>>.

FONTES, A.I.C. - *Satisfação Profissional dos Enfermeiros: Que Realidade? Serviço de Cuidados Intensivos /Versus Serviço de Medicina* [Em linha]. Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado. [Consult. 10 mai. 2014] Disponível em WWW: <http://repositorio-aberto.up.pt/>>.

FORTIN, M. - *O processo de investigação. Da conceção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.

FORTIN, MF – *O processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência, 2003.

FORTIN, M. – *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação*. Loures: Luso didática, 2009.

FRANCO, M.; FLORENTIM, R. - *A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira*. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Em linha]. Vol. 24, nº1, (Jan/jun. 2006), p.21-35. [Consult. 10 mai. 2014]. Disponível na Internet: [<URL:http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/02.pdf>](http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/02.pdf)

GEIBCKE, FL. [et al.] - *Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira*. Revista Brasileira Enfermagem [Em linha]. Vol.62, nº1, (Jan-fev. 2009), p. 136-139. [Consult. 30 mai. 2014]. Disponível na Internet: [<URL: http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/21.pdf>](http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/21.pdf).

GIL, A.C. - *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 5.ed. 1999.

GONÇALVES, E. - *Satisfação Profissional: Uma realidade em Cuidados de Saúde Primários* [Em linha]. Lisboa: Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2007. [Consult. 25 mai. 2014] Disponível em WWW: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/>>

GRAÇA, L.- *Experiências Inovadoras em Segurança e Saúde no Trabalho: Dois Estudos de Caso*. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Em linha]. Vol.12, nº 4 (1994), p. 45-62. [Consult. 10 jan. 2014]. Disponível na Internet: [<URL: www.ensp.unl.pt/lgraca/cvitae_LG4.html>](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/cvitae_LG4.html).

GRAÇA, L; SÁ, E. - *Avaliação da satisfação profissional do pessoal nos centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Beja: Resultados preliminares* [S. l.], 1999.

GRAÇA, L – *A Satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde: Instrumento para a melhoria da qualidade*. Portugal Direção Geral de Saúde, 1ª ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1999.

GRAÇA, L. - *Satisfação Profissional dos Médicos de Família no SNS. Parte I, II, III e IV* [Em linha]. Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública,

2000. [Consult. 12 fev. 2014] Disponível em: www.ensp.unl.pt/lgraca/textos27.html>.

GRAÇA, L- *A Satisfação Profissional dos Médicos de Família no SNS*. Lisboa: Grupo de disciplinas de Saúde Ocupacional. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2006.

GRAÇA, L- Satisfação profissional dos profissionais de saúde: um imperativo também para a gestão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* [Em linha]. Vol.28, nº1 (Jan/jun. 2010), p.3-6. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: <[URL: http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/resumos/vol-1-2010/00-2010.pdf](http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/resumos/vol-1-2010/00-2010.pdf)>.

GRUPO CONSULTIVO PARA A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - *Acontecimento Extraordinário - SNS Proximidade com Qualidade* [Em linha]. [S.l.], 2009. [Consult. 10 dez. 2013] Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/070DDE85-32AD-4317-B174-6D2ED2C173F9/0/2REL_Fev09_formatado_Final.pdf>.

GUIDO, L.A. - *Stress e coping entre Enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica* [Em linha]. São Paulo: Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2003. [Consult. 17 mar. 2014] Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde.../Laura.tese.pdf>.

HESBEEN, W. - *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000.

HORTA, A. W – *Processo de Enfermagem de Wanda Horta* [Em linha]. Portal Educação, 2012. [Consult. 23 julh. 2014] Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/25062/processo-de-enfermagem-de-wanda-de-aguiar-horta#ixzz38YkAJoeF> .

JESUS, SN - *Motivação e Formação de Professores*. Nova Era: Educação e Sociedade. Quarteto Editora, 2000.

JESUS, S – *Sistemas de Informação na Saúde: Perspetivas e desafios em Portugal*. Lisboa: Edições Sílabo 1ª ed., 2011.

KRON, T.; GRAY, A. – *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente*. Rio de Janeiro: Interlivros 6ª Ed., 1999.

KURCGANT, P; MASSAROLO, MCK - *Cultura e poder nas organizações de saúde*. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Kcoogan; 2005.

LEÃO, ER; et al. – *Qualidade em Saúde e Indicadores como Ferramenta de Gestão*. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

LEI DE BASES DA SAÚDE (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto),3452-3459.

LEI nº27/02.D.R. I Série. Nº258 (08-11-02), 7150-7154.

LEI nº 23/04. D.R.I Série. Nº 145 (22-06-04), 3800-3805.

LEI nº 12-A/2008. D.R.I Série Nº 41 (27-02-08), 1326 - (2) – 1326 - (27).

LEI nº 59/08 – D.R. I Série Nº 176 (11-09-08), 6524-66

LEI nº 68/13 – D.R. I Série Nº 166 (29-08-13), 5206 – 5209.

LIMA, A; MESQUITELA,R - *Satisfação profissional dos enfermeiros do Hospital Distrital de Lamego*. Servir. Vol. 44, nº 1, (Jan-fev. 1996), p. 22-31

LIMA, TS; et al. – *Motivação no trabalho do enfermeiro: Estudo realizado em Instituições Hospitalares de João Pessoa*. Rev Enferm UFPE [Em linha]. Vol.3, nº2 (Abr./jun. 2009), p. 275-81. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet:<[URL: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/292/pdf_866](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/292/pdf_866)>. DOI: 10.5205/reuol.202-1995-3-CE.0302200911

LAMEIRA, S.C.N. – *Fatores Organizacionais e Sociodemográficos Associados à Qualidade de Vida no Trabalho e à Produtividade no Trabalho*. Lisboa: Dissertação de Mestrado. ISCTE, 2002.

LOUREIRO, R; FERREIRA, M; DUARTE, J. - *Liderança em enfermagem e satisfação profissional nos novos modelos de gestão hospitalar*. Vila Real: ESEVR. III Encontro de Investigação e Iª Jornadas de Saúde Materno Infantil. Livro de Atas, (2007), p. 87-93.

LOURO, CMD - *Tradução e adaptação da Work EnvironmentScale (W.E.S.) à População Portuguesa*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1995.

MATOS, GG - *Porque é preciso comunicar?* Coimbra: Quarteto Editora, 2005.

MAXIMIANO, A. C.A.- *Teoria Geral da Administração*. S. Paulo: Atlas, 2ªEd, 2000.

MENDES, I.A. [et al.] – *Liderança e Comunicação no Cenário da Gestão em Enfermagem*. Ribeirão Preto: Rev. Latino-am. Enfermagem. Vol.6, nº5 (dezembro, 1998), p.77-82.

MICHEL, S – *Gestões das motivações*. Porto: Editora Rés, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Papel do enfermeiro de saúde familiar nos CSP: Pressupostos para a sua implementação* [Em linha]. Grupo técnico para o desenvolvimento dos CSP, 2012. [Consult. 23 julh. 2014] Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/22-papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp.pdf>>.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários - *Modelos Organizacionais das Unidades de Saúde Familiar e Carteira de Serviços das Unidades de Saúde Familiar* [Em linha]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006. [Consult. 27 julh. 2014] Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf>>.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários - *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Os Primeiros 18 Meses* [Em linha]. Lisboa: Missão para os cuidados de Saúde Primários, 2007. [Consult. 19 julh. 2014] Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2007/5/relatorio+mcsp.htm>>.

MOURA, S.C.M. - *Satisfação dos Profissionais de Enfermagem* [Em linha]. Bragança: Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, 2012. Consult. 23 nov. 2013] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/7674>>.

NETO, J.A. - *Metodologia científica na era da informática*. São Paulo: Saraiva, 2003.

NUNES, F; VALA, J. – *Cultura Organizacional e Gestão de Recursos: Contextos, Processos e Técnicas* [Em linha]. Lisboa: RH Editora, 3ª Ed., 2007, p.119-149. [Consult. 23 abr. 2014] Disponível em: http://www.ispa.pt/biblioteca/localizacao_do_documento/s2.htm>.

OLIVEIRA, H.D.C. - *Contratualização em Cuidados de Saúde Primários* [Em linha]. Vila Real: Repositório, Universidade Trás-dos-Montes, 2010. [Consult. 07 jan. 2014] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10348/592>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Declaração de Munique*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Nº0 (jul.2000), p.7-11.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Gestão de Enfermagem e dos Serviços de cuidado de saúde*. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. [S. l.], 2000. [Consult. 07 jan. 2014] Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_To_madasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/08_ManagementNsg_Pt_-_revisto_IS-LF.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *De que falamos quando se fala em “Enfermeiro de Família”* [Em linha]. [S. l.], 2010. [Consult. 07 jan. 2014] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Dequefalamosquandosefalaem%E2%80%9CEnfermeirodeFam%C3%ADlia%E2%80%9D.aspx>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros, 2012. [Consult. 07 jan. 2014] Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Dados estatísticos*. Departamento de Informática, Dezembro 2013.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Dados estatísticos a 31-12-2013*. Departamento de Informática, Janeiro 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Alto comissariado da Saúde – *Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários, Agora Mais Que Nunca*

[Em linha]. Lisboa: OMS, 2008. [Consult. 17 jan. 2014] Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Alta Comissária da Saúde – OMS- Europa: *Avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010* [Em linha]. [S.l.]: [Consult. 27 mar. 2014] Disponível em: <http://pns.dgs.pt/planeamento-saude/pn-2004-2010/>>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – *Saúde Síndrome de Negação: Relatório de Primavera 2014* [Em linha]. OPSS, 2014. [Consult. 20 jul. 2014] Disponível em: <http://www.observaport.org/RP2014> .

PEREIRA, A.C.M. - *Fatores de Satisfação Profissional dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica* [Em linha]. Covilhã: Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior, 2010. [Consult. 07 jan. 2014] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.11/443>>.

PEREIRA, D; NASCIMENTO, JC; GOMES, R – *Sistemas de Informação na Saúde: Perspetivas e Desafios em Portugal*. Lisboa: Edições Silabo, 2011, p.209-223.

PISCO, L - A reforma dos cuidados de saúde primários. Cadernos de Economia [Em linha]. Nº80, (Julho/Setembro, 2007), p. 60-66. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: <[URL: http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/reforma+cuidados+primarios.htm](http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/reforma+cuidados+primarios.htm)>.

PISCO, L – Missão Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Revista MCSP, (Junho/2009), p. 1-46.

PORTUGAL. Resolução do Conselho de Ministros nº157/2005. D.R. I Série Nº196 (12-10-05), 5981-5982.

PORTARIA nº 245/2013. D.R.I Série Nº 149 (05-08-13), p.4617-4619.

PORTARIA nº273/2009. D.R. I Série. Nº 54 (18-03-09),1712-1720.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para todos. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2004.

PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços. Universidade de Lisboa, 2010.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2012-2016 [Em linha]. Direção Geral da Saúde. 2012. [Consult. 07 jan. 2014] Disponível em: pns.dgs.pt/pns-versão-completa.

RAMOS, V. - *O que deveria ser melhorado nos Serviços Públicos de Saúde? Estudo de opinião, de base populacional, na freguesia do Lumiar* [Em linha]. Lisboa: Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Vol. 20-21 (1994-1995). [Consult. 07 jan. 2014] Disponível em: repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1016/22/V20-21.pdf>.

RAMOS, V; BRANCO, A – *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. temático nº 2, 2001.

RAMOS, V - *Cuidados de Saúde Primários: Coordenação Estratégica par os Cuidados de Saúde Primários. Hospital do Futuro*. Lisboa, 2008.

RAMOS, V. - *Cuidados de Saúde Primários em Portugal e no Mundo*. Não publicado. Lisboa, 2009.

RAMOS, V. - *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP: Pressupostos para a sua implementação* [Em linha]. Documento de trabalho - versão de 2012.09.30. Ministério da Saúde: Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012. [Consult. 07 jan. 2014] Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>>.

RIBEIRO, A.L.A - *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. Construção e validação de um instrumento de medida* [Em linha]. Porto: Dissertação de Mestrado. ESEP, 2003. [Consult. 14 jan. 2014] Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/7.pdf>.

RIBEIRO, PO – *Satisfação dos profissionais de saúde*. Lisboa: Dissertação de Mestrado. ISCTE, 2005.

RIBEIRO JM- *Autonomia profissional dos enfermeiros* [Em linha]. Porto: Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009. [Consult. 27 dez. 2013] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/R11062>.

ROBBINS, S. - *Comportamento Organizacional*. Rio de Janeiro: Prentice Livros técnicos e científicos 8º ed., 1999.

ROBBINS, S - *Comportamento Organizacional*. São Paulo: Pierson Prentice Hall, 11ª Ed, 2005.

RODRIGUES, V. – Satisfação dos Enfermeiros da sub-região de Saúde de Viseu. Nursing [Em linha]. Lisboa: Ed. Portuguesa. Ano 12, nº1441 (Fev., 2000), p. 32-36. [Consult. 15 fev. 2014]. Disponível na Internet:<URL: <http://hdl.handle.net/10400.14/3886>. ISSN: 0871-6196.

RUGGIERO, AP - *Qualidade da comunicação interna* [Em linha]. [S.l.], 2002. [Consult. 16 jan. 2014] Disponível em: <http://www.rh.com.br>.

RODRIGUES, IG - *Satisfação Profissional dos Enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos* [Em linha]. Lisboa: Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2011. [Consult. 20 nov. 2013] Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10893/1/satisfacao%20profissional%20dos%20enfermeiros%20de%20uma%20unidade%20de%20cuidados%20intensivos.pdf>.

SÁ, A.I. - *Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas da Sub-região de Saúde de Aveiro*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, 7ª CASE (Curso de Administração de Serviços de Enfermagem), 1995.

SAKELLARIDES – *Cuidados de Saúde Primários 2000*. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Em linha]. Vol. Temático, nº 2 (2001), p. 3-4. [Consult. 15 out. 2013]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.observaport.org/node/60>.

SANTOS, M. [et al.] - *Satisfação profissional dos enfermeiros do HEM, S.A.* Revista Nursing. Lisboa, n.º 212. (2006), p. 7-12.

SANTOS, O. [et al.]- *Os Centros de Saúde em Portugal: A Satisfação dos utentes e dos profissionais*. Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Universidade Nova de Lisboa, 2007.

SANTOS, MCL; BRAGA, VAB; FERNANDES, AFC - Nível de Satisfação dos Enfermeiros com o seu trabalho. R Enferm, UREJ, Rio de Janeiro, vol. 16, nº 1, (2008), p.101-5.

SARTORETO, IS – *Satisfação e Insatisfação no trabalho dos Enfermeiros: Revisão integrativa da literatura* [Em linha]. S. Paulo: Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2013. [Consult. 19 jan. 2014] Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-12062013-113313/pt-br.php>.

SILVA, M - *Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação: Satisfação Profissional* [Em linha]. Instituto Politécnico de Viseu. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu, 2012. [Consult. 11 mar. 2014] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1674>.

SILVEIRA, BG - *Satisfação dos jovens universitários no trabalho* [Em linha]. [S.l.]: Anuário da produção de iniciação científica. Vol.7, nº14, (2009). [Consult. 25 fev. 2014]. Disponível na Internet:<[URL: http://www.ebah.pt/content/ABAAAehOoAG/satisfacao-dos-jovens-universitarios-no-mercado-trabalho](http://www.ebah.pt/content/ABAAAehOoAG/satisfacao-dos-jovens-universitarios-no-mercado-trabalho)>.

SOARES, J.M.A.R - *Satisfação geral no trabalho dos Enfermeiros. Clima organizacional e características pessoais* [Em linha]. Aveiro: Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro. Departamento Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas, 2007. [Consult. 07 nov. 2013] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3356>.

SPECTOR, E. - *Industrial and organizational psychology: Research and practice*. New Jersey: John Wiley & Sons, 4ª ed., 2006.

TEIXEIRA, A.L.M - *A Satisfação Profissional e a Inteligência Emocional*. Sinais Vitais [Em linha]. Nº59 (Mar. 2005). [Consult. 05 set. 2013]. Disponível na Internet:<[URL: http://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revistas/revista-sinais-vitalis/18-revistas-2004-e-2005/133-revista-no-59-mar2005?showall=&start=5](http://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revistas/revista-sinais-vitalis/18-revistas-2004-e-2005/133-revista-no-59-mar2005?showall=&start=5)>.

TEIXEIRA, S. – *Gestão das Organizações*. Lisboa: Edições Profissionais, 2ª Ed, 2011.

THOFEHRN, MB; LEOPARDI, MT – *Teoria dos Vínculos Profissionais: Um novo modo de Gestão em Enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem [Em linha]. Vol. 15, nº3, (Jul-Set. 2006), p.409-17. [Consult. 25 fev. 2014]. Disponível na Internet:<[URL: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300004](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300004)>.

TREVIZAN, M.A. [et al.] - *Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem*. Rev. Latino-americana de enfermagem. Ribeirão Preto, vol.6, nº5, (dezembro 1998), p. 77-82.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário

Caro (a) Enfermeiro (a)

A Satisfação dos Enfermeiros é uma preocupação, pois acreditamos que Enfermeiros Satisfeitos garantem melhor Qualidade de Desempenho.

Venho solicitar a sua colaboração no estudo que me encontro a desenvolver, no âmbito do Mestrado em Direção e Chefias de Serviços de Enfermagem e que tem como finalidade “ **Contribuir para a identificação dos principais fatores promotores da Satisfação Profissional dos Enfermeiros, com vista a melhorar a Qualidade dos Cuidados.**”

A sua colaboração no preenchimento do questionário é preciosa e deverá atender às funções que exerce no seu serviço, e às suas expectativas sobre o seu desempenho profissional.

O questionário é composto por duas partes:

A **1ª parte** composta por 43 itens; a cada um desses itens, vou pedir-lhe que responda sistematicamente a duas questões (A e B):

A pretende saber a atribuição dada ao mesmo item pelo **que deveria existir**

B pretende saber a atribuição dada ao item pelo **que existe atualmente**;

Desta forma iremos obter as suas Expectativas através da resposta B, e seus Resultados através da resposta A. Será calculada a satisfação pela diferença encontrada entre os *scores* resultantes das duas respostas (B-A).

É pedido que opte por um dos dez números da escala de intervalos, sendo o valor 1 correspondente a “nada/mínimo”; o 2 a “muito pouco”; o 5 a “assim-assim, nem pouco nem muito”; o valor 7 equivale ao “bastante”; o 9 ao “muitíssimo sem ser o máximo” e o valor 10 será “muito/máximo”.

Na **2ª parte** peço-lhe que responda a todas as questões, com a total garantia do seu anonimato.

Para o seu preenchimento demorará cerca de quinze a vinte minutos.

Bem-haja pela atenção dispensada

Ana Isabel Sá

I Parte	Escala de satisfação profissional (adaptado de Graça, 1999)
----------------	--

Itens (de 1 a 10)	Questões (A e B)	A	Até que ponto deveria existir?
	B		Até que ponto existe?

1	A convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor neste serviço	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

2	A suficiente margem de autoridade ou de poder que considero indispensável ao exercício das minhas funções como enfermeiro/a	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

3	O sentimento de segurança no emprego devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal deste Aces	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

4	A certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências como pessoa e como enfermeiro/a	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

5	O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste serviço, independentemente da sua profissão ou carreira	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

6	O prestígio que gozo no meu meio social e/ou profissional, por trabalhar num serviço como este	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

7	O sentimento de que estou a dar um contributo importante para a realização da missão e dos objetivos atribuídos a este serviço (e à respetiva instituição)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

8	A perceção de estar relativamente bem pago/a tendo em conta o nível do meu desempenho profissional	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

9	A oportunidade de ter verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

10	O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste serviço, independentemente da sua profissão ou carreira	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

11	A disponibilidade de recursos, humanos e técnicos, necessários ao desempenho das minhas funções como enfermeiro/a	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

12	A elevada autoestima que sinto, ou a imagem positiva que tenho de mim próprio/a, devido às funções ou ao cargo que desempenho neste serviço	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

13	A margem de liberdade para eu planear, organizar, executar e avaliar o trabalho diário	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

14	A perceção de estar relativamente bem pago/a, por comparação com outros profissionais com as mesmas qualificações e responsabilidades que as minhas, no sector publico ou privado	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
15	A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional (pelo facto de trabalhar nesta instituição)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
16	A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos meus colegas enfermeiros deste serviço	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
17	A oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento pessoal no âmbito da minha profissão e/ou da minha carreira profissional	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
18	O respeito, o apreço e a confiança que nos manifestam os utentes deste serviço, a mim e aos demais profissionais	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
19	A perceção de que a vogal do Conselho Clínico deste Aces dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objetivos	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
20	O apoio com que posso contar por parte do meu Diretor (ou do meu Chefe), sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
21	A confiança que sinto em relação ao futuro, tendo em conta eventuais mudanças a níveis da política da saúde (por ex: privatização da gestão dos serviços de saúde, reestruturação da carreira)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
22	O devido reconhecimento do meu desempenho profissional por parte da minha chefia	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
23	O apoio que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
24	A garantia de que esta instituição tem uma política efetiva de proteção da saúde e da segurança das pessoas que aqui trabalham, incluindo a melhoria das condições de trabalho	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
25	A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras (por ex: administrativos, auxiliares, médicos)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
26	A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
27	A possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

28	A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efetiva e concreta as necessidades e as expectativas (de saúde) dos meus utentes	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
29	O orgulho que sinto por trabalhar num serviço com uma boa imagem junto da comunidade em que está inserido	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
30	A oportunidade de desenvolver um projeto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que na maior parte dos sítios que eu conheço	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
31	A perceção de que o meu papel (e as minhas competências) como enfermeiro/a são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites (pelos demais profissionais)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
32	A garantia de qualidade dos cuidados e/ou serviços que são prestados aos doentes deste serviço, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
33	O sentimento de orgulho por integrar uma equipa de saúde tão competente e empenhada como a minha	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
34	A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
35	A confiança que sinto em relação ao futuro do SNS, em geral, e da minha profissão ou carreira, em particular	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
36	A perceção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência.	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
37	A certeza de que as minhas tarefas como enfermeiro/a têm um conteúdo rico, variado e exigente sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
38	A oportunidade efetiva e concreta de prestar, aos utentes do serviço, verdadeiros cuidados (e/ou serviços) integrados, continuados e personalizados	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
39	A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de outros profissionais fora do serviço (por ex: psicólogos, assistentes sociais)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
40	A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos utentes com que lido	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
41	A oportunidade de participar, como enfermeiro, em programas e atividades de saúde, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
42	A perceção de estar relativamente bem pago/a, tendo em conta a minha opção por trabalhar e/ou viver no concelho a que pertence o Aces	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
43	A gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito/a diariamente (por ex: telefonemas, reuniões)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

II Parte**Condições contextuais**

Assinale com um **x** (x) a resposta apropriada às seguintes questões:

1

No seu local de trabalho, foi implementado algum projeto de Melhoria Contínua da Qualidade, segundo os Padrões da Qualidade da OE?

☐
☐

Não

Sim, diga qual: _____

2

Centro de Saúde onde trabalha? _____

3

Unidade Funcional:

☐
☐
☐
☐
☐

USF (Modelo A)

USF (Modelo B)

UCSP

USP

UCC

4

No seu dia-a-dia qual o método de trabalho que utiliza:

☐
☐
☐
☐

À tarefa

Enfermeiro de Família

Em Equipa

Individual

5

Qual o número de utentes da sua lista:

☐
☐
☐
☐

Menos de 1000 Utes

De 1000 a 1500 Utes

De 1500 a 2000 Utes

Mais de 2000 Utes

6

Quantas horas semanais trabalha?

☐

35 Horas

☐
☐

Mais de 35 Horas (Quantas?) _____

Menos de 35 Horas (Quantas?) _____

7 Exerce atualmente funções de direção, chefia ou coordenação? Formal ou informalmente?

☐

Sim, formalmente

☐

Não

☐

Sim, informalmente

8 Tipo de vínculo:

☐

Contrato de trabalho em Função Pública por Tempo Indeterminado

☐

Contrato em Função Pública a Termo Resolutivo Certo

☐

Contrato Individual de Trabalho (CIT)

☐

Contrato de Prestação de Serviços

9 Situação no ACES:

☐

Vínculo definitivo neste Aces

☐

Mobilidade

☐

Cedência de Interesse Público

☐

Acumulação de Funções

10 Antiguidade na profissão ou carreira

(ou equivalente, no caso de não estar integrado em nenhuma carreira do SNS)

☐

Menos de 10 anos

☐

20-29 Anos

☐

10-19 Anos

☐

30 Ou mais Anos

11 Antiguidade no atual serviço

☐

Menos de 10 anos

☐

20-29 Anos

☐

10-19 Anos

☐

30 Ou mais Anos

12 Nos últimos doze meses, alguma vez pensou seriamente em:

(Responda conforme a situação aplicável. Pode, aliás, assinalar mais do que uma resposta)

☐

Pedir a exoneração do lugar do quadro ou a rescisão do contrato

☐

Concorrer ou pedir a transferência para outro estabelecimento ou serviço

☐

Pedir licença sem vencimento

☐

Pôr os papéis para aposentação antecipada

☐

Mudar de profissão

☐

Mudar de carreira ou de especialidade

☐

Nunca pensou em nenhuma destas hipóteses

☐

Não sabe ou não se lembra

13 Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria:

(Responda a todas as hipóteses a seguir listadas)

	Sim	Não	Talvez	N/S
• A mesma profissão ou carreira (por ex: enfermagem)				
• Outro Centro de Saúde como local de trabalho				
• O Serviço Nacional de Saúde como principal empregador				
• O Sector Privado da Saúde como principal empregador				
• Exclusivamente a atividade independente ou liberal				
• O Hospital como local de trabalho principal				
• O Centro de Saúde como local de trabalho principal				
• O mesmo serviço onde hoje trabalho				

III Parte**Caracterização sociodemográfica**Para finalizar o questionário, assinale com um **xis** (x) a resposta apropriada às seguintes questões.**1 Género:**☐ Feminino☐ Masculino**2 Grupo etário:**☐ Menos de 35 anos☐ 35-44 Anos☐ 45-54 Anos☐ 55 Ou mais anos**3 Habilitações Profissionais**☐ Bacharelato☐ Licenciatura☐ Especialidade Qual? _____☐ Pós Graduação Qual? _____☐ Mestrado Qual? _____☐ Doutoramento Qual? _____**4 Observações, comentários, sugestões ou críticas que queira fazer**

(Nomeadamente em relação a este questionário ou em relação a medidas concretas para melhorar a sua satisfação profissional enquanto profissional de saúde)

FIM DO QUESTIONÁRIO.**MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.**

**ANEXO II – Pedido de autorização para a aplicação do
questionário à ARS**

**ANEXO III – Autorização para a aplicação da Questionário da
ARS - Centro**

**ANEXO IV – Autorização para a aplicação da autora da
adaptação do questionário**

ANEXO V – Dados em tabelas sobre a satisfação

Satisfação Profissional dos Enfermeiros

Item	Frequência (%)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
A convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor neste serviço												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	3.8	11.7	26.8	56.5	100.0
Até que ponto existe	0.0	3.3	4.6	5.9	6.3	14.6	11.7	17.2	13.8	13.0	9.6	100.0
A suficiente margem de autoridade ou de poder que considero indispensável ao exercício das minhas funções como enfermeiro/a												
Até que ponto deveria existir	0.4	0.0	0.0	0.4	0.8	5.0	1.7	9.2	18.8	33.1	30.5	100.0
Até que ponto existe	0.8	0.4	3.8	2.1	9.6	12.1	13.0	20.1	19.7	12.1	6.3	100.0
O sentimento de segurança no emprego devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal deste Aces												
Até que ponto deveria existir	0.4	0.0	0.0	0.4	0.8	5.4	1.3	4.2	8.4	22.2	56.9	100.0
Até que ponto existe	1.3	1.7	4.6	4.2	5.9	15.1	8.8	16.0	22.7	13.0	6.7	100.0
A certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências como pessoa e como enfermeiro/a												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.5	0.0	0.4	5.9	23.4	67.8	100.0
Até que ponto existe	0.0	0.4	0.4	0.8	3.8	5.4	6.7	15.1	27.2	18.8	21.3	100.0
O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste serviço, independentemente da sua profissão ou carreira												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	0.8	7.5	20.5	70.3	100.0
Até que ponto existe	0.0	1.3	3.8	4.2	6.7	12.6	10.5	14.2	23.0	17.2	6.7	100.0
O prestígio que gozo no meu meio social e/ou profissional, por trabalhar num serviço como este												
Até que ponto deveria existir	0.8	0.8	0.4	0.4	0.4	8.0	2.5	5.0	18.1	28.2	35.3	100.0
Até que ponto existe	1.7	2.1	3.8	2.1	2.9	22.7	14.7	16.0	19.7	9.2	5.0	100.0
O sentimento de que estou a dar um contributo importante para a realização da missão e dos objetivos atribuídos a este serviço (e à respetiva instituição)												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	1.7	2.1	10.0	31.8	53.1	100.0
Até que ponto existe	0.0	0.0	0.8	1.7	1.7	8.4	11.8	13.0	21.0	21.8	19.7	100.0
A perceção de estar relativamente bem pago/a tendo em conta o nível do meu desempenho profissional												
Até que ponto deveria existir	0.4	0.0	0.4	1.3	1.3	0.8	0.8	2.9	8.0	21.4	62.6	100.0
Até que ponto existe	9.7	11.8	18.5	9.2	13.0	14.3	11.8	7.1	3.4	0.4	0.8	100.0
A oportunidade de ter verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos												
Até que ponto deveria existir	0.4	0.0	0.0	0.8	0.0	6.7	2.5	7.1	17.6	30.3	34.5	100.0
Até que ponto existe	0.8	1.3	3.4	4.6	4.6	19.7	11.3	14.3	16.0	15.1	8.8	100.0
A disponibilidade de recursos, humanos e técnicos, necessários ao desempenho das minhas funções como enfermeiro/a												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	2.1	2.1	6.7	30.1	58.2	100.0
Até que ponto existe	0.8	0.4	6.3	5.9	13.4	24.3	16.7	15.9	11.7	3.8	0.8	100.0
A elevada autoestima que sinto, ou a imagem positiva que tenho de mim próprio/a, devido às funções ou ao cargo que desempenho neste serviço												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	1.3	1.3	5.9	10.5	31.5	49.2	100.0
Até que ponto existe	0.0	0.4	2.5	2.9	2.1	12.6	10.1	22.3	25.2	14.7	7.1	100.0
A margem de liberdade para eu planejar, organizar, executar e avaliar o trabalho diário												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.8	3.0	9.3	34.6	51.9	100.0
Até que ponto existe	0.4	0.0	2.1	2.5	2.1	6.3	8.9	21.5	20.7	22.8	12.7	100.0
A perceção de estar relativamente bem pago/a, por comparação com outros profissionais com as mesmas												

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DO ACeS - UM INDICADOR DE GESTÃO

qualificações e responsabilidades que as minhas, no sector publico ou privado												
Até que ponto deveria existir	0.4	0.4	0.0	0.8	0.4	1.3	1.7	4.6	8.8	23.5	58.0	100.0
Até que ponto existe	8.0	7.6	11.3	13.4	15.1	13.9	14.7	8.0	4.6	2.5	0.8	100.0
A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional (pelo facto de trabalhar nesta instituição)												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.0	0.4	2.5	1.7	2.5	10.9	25.6	55.9	100.0
Até que ponto existe	2.1	1.7	4.2	4.2	6.4	16.1	12.7	19.9	20.8	8.5	3.4	100.0
A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos meus colegas enfermeiros deste serviço												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.4	0.0	0.0	0.4	2.5	6.4	22.9	66.9	100.0
Até que ponto existe	0.0	0.4	0.8	2.1	1.7	5.9	7.2	11.0	23.6	29.1	18.1	100.0
A oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento pessoal no âmbito da minha profissão e/ou da minha carreira profissional												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.4	0.0	0.4	0.0	1.3	2.1	8.0	24.4	63.4	100.0
Até que ponto existe	1.3	2.5	4.2	4.6	10.5	18.9	14.7	16.8	10.9	9.2	6.3	100.0
O respeito, o apreço e a confiança que nos manifestam os utentes deste serviço, a mim e aos demais profissionais												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	2.9	8.4	29.8	57.6	100.0
Até que ponto existe	0.0	0.4	0.4	1.7	3.4	12.2	11.4	15.6	22.8	22.8	9.3	100.0
A percepção de que a vogal do Conselho Clínico deste Aces dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objetivos												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.8	0.0	1.7	1.3	1.7	11.8	22.7	59.7	100.0
Até que ponto existe	1.3	2.5	3.4	3.8	3.4	19.1	10.2	15.3	16.1	16.5	8.5	100.0
O apoio com que posso contar por parte do meu Diretor (ou do meu Chefe), sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.0	0.4	1.3	0.4	2.1	5.9	27.1	62.3	100.0
Até que ponto existe	0.9	1.3	1.7	2.6	2.1	12.8	8.5	15.8	22.6	18.4	13.2	100.0
A confiança que sinto em relação ao futuro, tendo em conta eventuais mudanças a níveis da política da saúde (por ex: privatização da gestão dos serviços de saúde, reestruturação da carreira)												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.8	0.4	0.4	1.3	1.7	3.8	8.8	31.5	50.8	100.0
Até que ponto existe	3.4	5.5	9.7	9.7	9.2	23.9	13.9	12.2	9.2	1.7	1.7	100.0
O devido reconhecimento do meu desempenho profissional por parte da minha chefia												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	2.5	9.2	32.6	54.4	100.0
Até que ponto existe	0.0	1.7	1.7	2.5	5.5	10.5	12.7	18.6	23.6	17.7	5.5	100.0
O apoio que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda												
Até que ponto deveria existir	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	1.7	9.2	26.1	61.3	100.0
Até que ponto existe	0.0	0.0	0.8	2.1	3.0	4.2	10.5	10.5	23.6	25.3	19.8	100.0
A garantia de que esta instituição tem uma política efetiva de proteção da saúde e da segurança das pessoas que aqui trabalham, incluindo a melhoria das condições de trabalho												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.0	0.8	2.1	0.4	2.1	5.9	25.1	63.2	100.0
Até que ponto existe	1.7	0.4	5.9	6.3	9.2	19.7	16.3	14.6	13.0	9.6	3.3	100.0
A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras (por ex: administrativos, auxiliares, médicos)												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.4	0.0	1.3	0.4	1.3	7.1	31.4	57.7	100.0
Até que ponto existe	0.0	0.4	3.3	3.3	2.5	8.8	15.5	18.4	25.5	15.9	6.3	100.0
A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.4	0.4	0.4	0.0	0.8	2.1	5.4	28.5	61.9	100.0

Até que ponto existe	0.4	0.8	3.3	2.1	10.9	15.5	18.8	24.3	13.8	7.5	2.5	100.0
A possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.0	0.4	0.8	2.5	3.3	7.5	28.9	56.1	100.0
Até que ponto existe	0.8	1.7	2.9	2.9	6.3	15.1	8.4	20.5	20.1	11.7	9.6	100.0
A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efetiva e concretas as necessidades e as expectativas (de saúde) dos meus utentes												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.4	0.0	0.4	0.4	0.4	3.3	7.5	31.8	55.6	100.0
Até que ponto existe	0.0	0.0	0.8	1.3	2.5	7.9	15.5	19.7	30.5	15.1	6.7	100.0
O orgulho que sinto por trabalhar num serviço com uma boa imagem junto da comunidade em que está inserido												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.4	0.0	0.4	0.4	2.1	5.5	24.8	66.0	100.0
Até que ponto existe	0.4	0.4	1.3	2.5	3.8	4.2	8.4	19.2	26.8	23.4	9.6	100.0
A oportunidade de desenvolver um projeto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que na maior parte dos sítios que eu conheço												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.0	0.8	1.3	0.8	3.8	7.1	33.2	52.5	100.0
Até que ponto existe	0.8	1.3	1.7	3.4	5.9	13.9	16.4	15.1	18.9	15.5	7.1	100.0
A perceção de que o meu papel (e as minhas competências) como enfermeiro/a são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites (pelos demais profissionais)												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.0	0.4	0.4	1.3	1.7	6.3	28.5	61.1	100.0
Até que ponto existe	0.8	0.0	1.7	1.7	5.4	11.3	13.0	22.6	20.5	17.2	5.9	100.0
A garantia de qualidade dos cuidados e/ou serviços que são prestados aos doentes deste serviço, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham												
Até que ponto deveria existir	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0	0.4	0.8	0.4	5.4	21.8	70.3	100.0
Até que ponto existe	0.0	0.0	0.4	1.7	1.3	4.2	9.6	19.2	28.0	26.4	9.2	100.0
O sentimento de orgulho por integrar uma equipa de saúde tão competente e empenhada como a minha												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	2.1	4.2	24.7	68.2	100.0
Até que ponto existe	0.0	0.8	2.5	0.8	2.9	4.6	12.6	18.0	20.1	25.9	11.7	100.0
A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	3.3	6.7	27.2	61.9	100.0
Até que ponto existe	1.3	3.4	4.6	3.4	7.1	21.4	14.3	17.2	16.0	10.1	1.3	100.0
A confiança que sinto em relação ao futuro do SNS, em geral, e da minha profissão ou carreira, em particular												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.0	0.4	0.8	2.1	0.0	2.9	3.3	27.6	62.8	100.0
Até que ponto existe	7.6	3.4	9.7	10.1	9.7	20.6	18.9	11.3	6.7	2.1	0.0	100.0
A perceção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.8	6.7	26.5	64.3	100.0
Até que ponto existe	0.8	1.3	3.4	3.8	4.6	14.8	8.4	18.1	22.8	15.6	6.3	100.0
A certeza de que as minhas tarefas como enfermeiro/a têm um conteúdo rico, variado e exigente sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.8	3.8	3.8	27.2	64.0	100.0
Até que ponto existe	0.4	0.8	2.1	3.8	3.8	11.7	10.9	19.7	22.6	16.7	7.5	100.0
A oportunidade efetiva e concreta de prestar, aos utentes do serviço, verdadeiros cuidados (e/ou serviços) integrados, continuados e personalizados												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	1.3	5.0	23.8	68.6	100.0
Até que ponto existe	0.0	0.8	0.4	1.7	4.2	9.6	11.7	21.3	21.3	18.0	10.9	100.0
A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de outros profissionais fora do serviço (por ex: psicólogos, assistentes sociais)												

Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	1.3	2.1	5.9	29.0	60.9	100.0
Até que ponto existe	2.1	1.7	3.4	6.3	6.8	15.6	11.0	19.0	18.1	13.1	3.0	100.0
A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos utentes com que lido												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.8	3.3	9.2	32.6	53.6	100.0
Até que ponto existe	0.0	0.0	0.4	2.1	5.9	12.1	15.1	19.7	23.8	18.8	2.1	100.0
A oportunidade de participar, como enfermeiro, em programas e atividades de saúde, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	1.3	3.4	7.6	29.0	58.0	100.0
Até que ponto existe	1.3	0.8	2.9	7.9	7.1	16.3	14.2	14.2	18.0	14.2	2.9	100.0
A perceção de estar relativamente bem pago/a, tendo em conta a minha opção por trabalhar e/ou viver no concelho a que pertence o ACeS												
Até que ponto deveria existir	0.8	0.0	0.4	0.0	0.0	1.7	1.3	2.1	7.1	25.9	60.7	100.0
Até que ponto existe	10.5	5.9	10.9	10.9	11.7	14.6	10.9	13.8	7.9	2.1	0.8	100.0
A gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito/a diariamente (por ex: telefonemas, reuniões)												
Até que ponto deveria existir	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	1.7	1.3	1.3	7.9	36.4	50.6	100.0
Até que ponto existe	0.4	0.8	3.3	4.2	6.3	14.6	15.9	17.6	17.6	16.3	2.9	100.0
Total												
Até que ponto deveria existir	0.1	0.2	0.1	0.2	0.3	1.4	1.0	2.8	8.2	27.7	58.1	100.0
Até que ponto existe	1.4	1.7	3.8	4.1	6.0	13.4	12.4	16.7	18.9	14.5	7.2	100.0

**ANEXO VI – Tabela da análise descritiva da satisfação por
item**

Caracterização da Satisfação Profissional dos Enfermeiros

Item	Coeficientes	
	Média	D. padrão
A convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor neste serviço		
Até que ponto deveria existir	9.3	1.0
Até que ponto existe	6.4	2.4
A suficiente margem de autoridade ou de poder que considero indispensável ao exercício das minhas funções como enfermeiro/a		
Até que ponto deveria existir	8.6	1.5
Até que ponto existe	6.6	2.1
O sentimento de segurança no emprego devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal deste Aces		
Até que ponto deveria existir	9.0	1.6
Até que ponto existe	6.5	2.3
A certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências como pessoa e como enfermeiro/a		
Até que ponto deveria existir	9.5	0.9
Até que ponto existe	7.9	1.8
O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste serviço, independentemente da sua profissão ou carreira		
Até que ponto deveria existir	9.6	0.8
Até que ponto existe	6.8	2.2
O prestígio que gozo no meu meio social e/ou profissional, por trabalhar num serviço como este		
Até que ponto deveria existir	8.5	1.9
Até que ponto existe	6.3	2.2
O sentimento de que estou a dar um contributo importante para a realização da missão e dos objectivos atribuídos a este serviço (e à respetiva instituição)		
Até que ponto deveria existir	9.3	1.0
Até que ponto existe	7.8	1.8
A percepção de estar relativamente bem pago/a tendo em conta o nível do meu desempenho profissional		
Até que ponto deveria existir	9.2	1.5
Até que ponto existe	3.6	2.3
A oportunidade de ter verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos		
Até que ponto deveria existir	8.6	1.6
Até que ponto existe	6.6	2.3
A disponibilidade de recursos, humanos e técnicos, necessários ao desempenho das minhas funções como enfermeiro/a		
Até que ponto deveria existir	9.4	1.0
Até que ponto existe	5.5	1.9
A elevada auto-estima que sinto, ou a imagem positiva que tenho de mim próprio/a, devido às funções ou ao cargo que desempenho neste serviço		
Até que ponto deveria existir	9.1	1.2
Até que ponto existe	7.1	1.9
A margem de liberdade para eu planear, organizar, executar e avaliar o trabalho diário		
Até que ponto deveria existir	9.3	0.9
Até que ponto existe	7.5	1.9
A percepção de estar relativamente bem pago/a, por comparação com outros profissionais com as mesmas qualificações e responsabilidades que as minhas, no sector público ou privado		
Até que ponto deveria existir	9.2	1.5
Até que ponto existe	4.1	2.4
A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional (pelo facto de trabalhar nesta instituição)		
Até que ponto deveria existir	9.2	1.3
Até que ponto existe	6.2	2.2
A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos meus colegas enfermeiros deste serviço		
Até que ponto deveria existir	9.5	1.0
Até que ponto existe	8.0	1.8
A oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento pessoal no âmbito da minha profissão e/ou da minha carreira profissional		
Até que ponto deveria existir	9.4	1.0
Até que ponto existe	6.0	2.3
O respeito, o apreço e a confiança que nos manifestam os utentes deste serviço, a mim e aos demais		

profissionais		
Até que ponto deveria existir	9.4	0.9
Até que ponto existe	7.4	1.8
A perceção de que a vogal do Conselho Clínico deste Aces dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objetivos		
Até que ponto deveria existir	9.3	1.3
Até que ponto existe	6.6	2.4
O apoio com que posso contar por parte do meu Diretor (ou do meu Chefe), sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda		
Até que ponto deveria existir	9.4	1.1
Até que ponto existe	7.3	2.1
A confiança que sinto em relação ao futuro, tendo em conta eventuais mudanças a níveis da política da saúde (por ex: privatização da gestão dos serviços de saúde, reestruturação da carreira)		
Até que ponto deveria existir	9.1	1.4
Até que ponto existe	4.8	2.3
O devido reconhecimento do meu desempenho profissional por parte da minha chefia		
Até que ponto deveria existir	9.3	1.0
Até que ponto existe	7.0	2.0
O apoio que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda		
Até que ponto deveria existir	9.4	1.2
Até que ponto existe	7.9	1.8
A garantia de que esta instituição tem uma política efetiva de proteção da saúde e da segurança das pessoas que aqui trabalham, incluindo a melhoria das condições de trabalho		
Até que ponto deveria existir	9.4	1.2
Até que ponto existe	5.9	2.2
A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras (por ex: administrativos, auxiliares, médicos)		
Até que ponto deveria existir	9.4	1.1
Até que ponto existe	7.0	1.9
A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos		
Até que ponto deveria existir	9.4	1.1
Até que ponto existe	6.2	1.9
A possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço		
Até que ponto deveria existir	9.3	1.2
Até que ponto existe	6.7	2.2
A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efetiva e concreta as necessidades e as expectativas (de saúde) dos meus utentes		
Até que ponto deveria existir	9.3	1.0
Até que ponto existe	7.3	1.6
O orgulho que sinto por trabalhar num serviço com uma boa imagem junto da comunidade em que está inserido		
Até que ponto deveria existir	9.5	1.1
Até que ponto existe	7.5	1.9
A oportunidade de desenvolver um projeto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que na maior parte dos sítios que eu conheço		
Até que ponto deveria existir	9.2	1.2
Até que ponto existe	6.7	2.1
A perceção de que o meu papel (e as minhas competências) como enfermeiro/a são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites (pelos demais profissionais)		
Até que ponto deveria existir	9.4	1.1
Até que ponto existe	7.0	1.9
A garantia de qualidade dos cuidados e/ou serviços que são prestados aos doentes deste serviço, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham		
Até que ponto deveria existir	9.5	1.1
Até que ponto existe	7.8	1.5
O sentimento de orgulho por integrar uma equipa de saúde tão competente e empenhada como a minha		
Até que ponto deveria existir	9.5	0.9
Até que ponto existe	7.6	1.9
A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho		

Até que ponto deveria existir	9.4	1.0
Até que ponto existe	6.0	2.2
A confiança que sinto em relação ao futuro do SNS, em geral, e da minha profissão ou carreira, em particular		
Até que ponto deveria existir	9.4	1.2
Até que ponto existe	4.6	2.3
A perceção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência		
Até que ponto deveria existir	9.5	1.0
Até que ponto existe	6.8	2.2
A certeza de que as minhas tarefas como enfermeiro/a têm um conteúdo rico, variado e exigente sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar		
Até que ponto deveria existir	9.5	0.9
Até que ponto existe	7.0	2.0
A oportunidade efetiva e concreta de prestar, aos utentes do serviço, verdadeiros cuidados (e/ou serviços) integrados, continuados e personalizados		
Até que ponto deveria existir	9.5	0.9
Até que ponto existe	7.3	1.8
A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de outros profissionais fora do serviço (por ex: psicólogos, assistentes sociais)		
Até que ponto deveria existir	9.4	0.9
Até que ponto existe	6.2	2.3
A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos utentes com que lido		
Até que ponto deveria existir	9.3	0.9
Até que ponto existe	7.0	1.7
A oportunidade de participar, como enfermeiro, em programas e atividades de saúde, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais		
Até que ponto deveria existir	9.4	1.0
Até que ponto existe	6.3	2.2
A perceção de estar relativamente bem pago/a, tendo em conta a minha opção por trabalhar e/ou viver no concelho a que pertence o Aces		
Até que ponto deveria existir	9.3	1.4
Até que ponto existe	4.3	2.6
A gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito/a diariamente (por ex: telefonemas, reuniões)		
Até que ponto deveria existir	9.2	1.2
Até que ponto existe	6.5	2.1
Total		
Até que ponto deveria existir	9.3	1.2
Até que ponto existe	6.6	2.3

ANEXOS VII – Análise fatorial da escala

Análise fatorial e estrutura conceptual da escala

Após o estudo individual do grau de satisfação profissional dos enfermeiros, procedemos agora a uma análise da estrutura conceptual (estrutura latente) desta escala através de uma análise fatorial, tendo em vista a identificação dos fatores subjacentes às respostas dos enfermeiros. Tais fatores permitirão identificar as dimensões que descrevem as mesmas, ou seja, compreender as motivações que estão por trás do padrão encontrado nos dados. Será também possível validar a escala do questionário, ou seja, medir a validade deste para o objetivo pretendido. Será feita uma análise para o grau de satisfação “Até que ponto deveria existir” e outra para “Até que ponto existe” e os respetivos resultados comparados.

Até que ponto deveria existir

Em primeiro lugar, para verificar se estes dados são apropriados para fazer uma análise fatorial, apresentamos de seguida a matriz de correlações entre as respostas, observando-se a existência de muitas correlações moderadas e elevadas.

Correlações do Grau de Satisfação Profissional – Até que Ponto Deveria Existir

Itens	Itens								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1.000	0.342	0.085	0.240	0.374	0.162	0.426	0.192	0.037
2	0.342	1.000	0.258	0.334	0.370	0.181	0.364	0.317	0.141
3	0.085	0.258	1.000	0.331	0.330	0.282	0.222	0.427	0.150
4	0.240	0.334	0.331	1.000	0.422	0.408	0.500	0.233	0.200
5	0.374	0.370	0.330	0.422	1.000	0.256	0.508	0.343	0.248
6	0.162	0.181	0.282	0.408	0.256	1.000	0.384	0.169	0.166
7	0.426	0.364	0.222	0.500	0.508	0.384	1.000	0.232	0.194
8	0.192	0.317	0.427	0.233	0.343	0.169	0.232	1.000	0.266
9	0.037	0.141	0.150	0.200	0.248	0.166	0.194	0.266	1.000
11	0.293	0.346	0.424	0.427	0.489	0.188	0.391	0.476	0.262
12	0.312	0.317	0.379	0.317	0.569	0.473	0.398	0.392	0.276
13	0.404	0.297	0.363	0.262	0.533	0.287	0.377	0.329	0.235
14	0.148	0.227	0.369	0.174	0.276	0.206	0.163	0.595	0.242
15	0.149	0.223	0.682	0.282	0.325	0.272	0.313	0.446	0.241
16	0.395	0.396	0.370	0.371	0.689	0.267	0.390	0.373	0.254
17	0.426	0.380	0.383	0.355	0.634	0.261	0.406	0.456	0.169
18	0.237	0.390	0.411	0.427	0.469	0.237	0.395	0.427	0.312
19	0.445	0.378	0.389	0.436	0.615	0.341	0.499	0.356	0.301
20	0.349	0.346	0.317	0.348	0.595	0.276	0.340	0.291	0.324
21	0.208	0.386	0.454	0.301	0.436	0.280	0.308	0.495	0.246
22	0.407	0.411	0.449	0.371	0.619	0.292	0.415	0.374	0.209
23	0.339	0.372	0.274	0.395	0.576	0.344	0.418	0.312	0.328
24	0.322	0.310	0.471	0.281	0.490	0.303	0.270	0.302	0.152
25	0.366	0.409	0.388	0.383	0.655	0.252	0.386	0.350	0.235
26	0.297	0.385	0.393	0.277	0.574	0.220	0.281	0.359	0.262
27	0.391	0.348	0.406	0.366	0.593	0.249	0.378	0.389	0.274
28	0.399	0.296	0.374	0.323	0.555	0.295	0.380	0.302	0.286
29	0.378	0.302	0.353	0.299	0.649	0.374	0.405	0.322	0.252
30	0.430	0.359	0.383	0.356	0.646	0.338	0.505	0.342	0.238
31	0.425	0.324	0.371	0.286	0.623	0.346	0.420	0.312	0.261
32	0.335	0.329	0.266	0.228	0.555	0.228	0.355	0.253	0.171
33	0.424	0.341	0.381	0.337	0.650	0.310	0.352	0.322	0.242
34	0.397	0.366	0.356	0.344	0.616	0.307	0.396	0.328	0.306
35	0.116	0.212	0.477	0.255	0.335	0.362	0.163	0.404	0.265
36	0.457	0.376	0.364	0.395	0.714	0.314	0.472	0.351	0.229
37	0.297	0.432	0.511	0.443	0.506	0.242	0.397	0.458	0.323
38	0.410	0.287	0.318	0.303	0.559	0.294	0.409	0.291	0.193
39	0.230	0.379	0.460	0.392	0.483	0.263	0.457	0.413	0.355
40	0.341	0.387	0.361	0.302	0.586	0.255	0.348	0.355	0.286
41	0.401	0.372	0.425	0.405	0.542	0.309	0.443	0.387	0.239
42	0.108	0.258	0.395	0.227	0.427	0.262	0.150	0.565	0.298
43	0.407	0.382	0.442	0.368	0.569	0.323	0.390	0.403	0.234

Correlações do Grau de Satisfação Profissional – Até que Ponto Deveria Existir (cont.)

Itens	Itens								
	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	0.293	0.312	0.404	0.148	0.149	0.395	0.426	0.237	0.445
2	0.346	0.317	0.297	0.227	0.223	0.396	0.380	0.390	0.378
3	0.424	0.379	0.363	0.369	0.682	0.370	0.383	0.411	0.389
4	0.427	0.317	0.262	0.174	0.282	0.371	0.355	0.427	0.436
5	0.489	0.569	0.533	0.276	0.325	0.689	0.634	0.469	0.615
6	0.188	0.473	0.287	0.206	0.272	0.267	0.261	0.237	0.341
7	0.391	0.398	0.377	0.163	0.313	0.390	0.406	0.395	0.499
8	0.476	0.392	0.329	0.595	0.446	0.373	0.456	0.427	0.356
9	0.262	0.276	0.235	0.242	0.241	0.254	0.169	0.312	0.301
11	1.000	0.461	0.443	0.562	0.521	0.519	0.538	0.616	0.477
12	0.461	1.000	0.564	0.480	0.294	0.567	0.544	0.407	0.578
13	0.443	0.564	1.000	0.337	0.479	0.623	0.675	0.485	0.559
14	0.562	0.480	0.337	1.000	0.431	0.370	0.386	0.393	0.330
15	0.521	0.294	0.479	0.431	1.000	0.477	0.448	0.491	0.377
16	0.519	0.567	0.623	0.370	0.477	1.000	0.807	0.570	0.730
17	0.538	0.544	0.675	0.386	0.448	0.807	1.000	0.581	0.735
18	0.616	0.407	0.485	0.393	0.491	0.570	0.581	1.000	0.629
19	0.477	0.578	0.559	0.330	0.377	0.730	0.735	0.629	1.000
20	0.476	0.558	0.656	0.321	0.389	0.747	0.705	0.561	0.796
21	0.494	0.387	0.451	0.442	0.594	0.497	0.503	0.530	0.476
22	0.451	0.646	0.628	0.376	0.437	0.804	0.721	0.504	0.703
23	0.413	0.563	0.540	0.269	0.323	0.743	0.626	0.520	0.770
24	0.415	0.561	0.574	0.312	0.396	0.630	0.631	0.435	0.563
25	0.522	0.559	0.633	0.358	0.422	0.797	0.798	0.603	0.759
26	0.457	0.462	0.586	0.349	0.426	0.707	0.708	0.574	0.675
27	0.440	0.552	0.619	0.377	0.457	0.692	0.709	0.510	0.677
28	0.394	0.595	0.593	0.367	0.424	0.690	0.650	0.461	0.660
29	0.377	0.653	0.649	0.335	0.403	0.758	0.741	0.503	0.712
30	0.460	0.627	0.623	0.391	0.436	0.703	0.675	0.502	0.695
31	0.415	0.612	0.695	0.355	0.429	0.762	0.705	0.513	0.706
32	0.385	0.501	0.505	0.278	0.320	0.668	0.611	0.448	0.578
33	0.454	0.659	0.657	0.338	0.426	0.832	0.754	0.501	0.726
34	0.501	0.667	0.621	0.365	0.410	0.753	0.750	0.530	0.737
35	0.471	0.514	0.334	0.467	0.538	0.420	0.404	0.408	0.377
36	0.476	0.666	0.630	0.370	0.406	0.791	0.777	0.505	0.744
37	0.649	0.506	0.522	0.441	0.553	0.597	0.600	0.660	0.578
38	0.435	0.641	0.636	0.334	0.399	0.713	0.657	0.442	0.667
39	0.512	0.443	0.478	0.436	0.529	0.509	0.522	0.573	0.602
40	0.502	0.510	0.598	0.391	0.466	0.696	0.628	0.596	0.672
41	0.506	0.581	0.603	0.432	0.470	0.663	0.699	0.503	0.668
42	0.410	0.515	0.340	0.606	0.382	0.372	0.390	0.362	0.360
43	0.441	0.612	0.618	0.441	0.441	0.707	0.631	0.503	0.682

Correlações do Grau de Satisfação Profissional – Até que Ponto Deveria Existir (cont.)

Itens	Itens								
	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1	0.349	0.208	0.407	0.339	0.322	0.366	0.297	0.391	0.399
2	0.346	0.386	0.411	0.372	0.310	0.409	0.385	0.348	0.296
3	0.317	0.454	0.449	0.274	0.471	0.388	0.393	0.406	0.374
4	0.348	0.301	0.371	0.395	0.281	0.383	0.277	0.366	0.323
5	0.595	0.436	0.619	0.576	0.490	0.655	0.574	0.593	0.555
6	0.276	0.280	0.292	0.344	0.303	0.252	0.220	0.249	0.295
7	0.340	0.308	0.415	0.418	0.270	0.386	0.281	0.378	0.380
8	0.291	0.495	0.374	0.312	0.302	0.350	0.359	0.389	0.302
9	0.324	0.246	0.209	0.328	0.152	0.235	0.262	0.274	0.286
11	0.476	0.494	0.451	0.413	0.415	0.522	0.457	0.440	0.394
12	0.558	0.387	0.646	0.563	0.561	0.559	0.462	0.552	0.595
13	0.656	0.451	0.628	0.540	0.574	0.633	0.586	0.619	0.593
14	0.321	0.442	0.376	0.269	0.312	0.358	0.349	0.377	0.367
15	0.389	0.594	0.437	0.323	0.396	0.422	0.426	0.457	0.424
16	0.747	0.497	0.804	0.743	0.630	0.797	0.707	0.692	0.690
17	0.705	0.503	0.721	0.626	0.631	0.798	0.708	0.709	0.650
18	0.561	0.530	0.504	0.520	0.435	0.603	0.574	0.510	0.461
19	0.796	0.476	0.703	0.770	0.563	0.759	0.675	0.677	0.660
20	1.000	0.473	0.722	0.781	0.649	0.835	0.780	0.704	0.686
21	0.473	1.000	0.515	0.430	0.436	0.528	0.562	0.531	0.527
22	0.722	0.515	1.000	0.717	0.654	0.789	0.692	0.738	0.712
23	0.781	0.430	0.717	1.000	0.545	0.739	0.624	0.590	0.615
24	0.649	0.436	0.654	0.545	1.000	0.693	0.669	0.618	0.571
25	0.835	0.528	0.789	0.739	0.693	1.000	0.833	0.762	0.742
26	0.780	0.562	0.692	0.624	0.669	0.833	1.000	0.741	0.677
27	0.704	0.531	0.738	0.590	0.618	0.762	0.741	1.000	0.692
28	0.686	0.527	0.712	0.615	0.571	0.742	0.677	0.692	1.000
29	0.751	0.455	0.755	0.653	0.643	0.793	0.765	0.724	0.751
30	0.690	0.547	0.778	0.660	0.632	0.744	0.733	0.782	0.716
31	0.788	0.549	0.777	0.693	0.680	0.837	0.797	0.758	0.766
32	0.623	0.384	0.623	0.589	0.525	0.661	0.629	0.540	0.604
33	0.753	0.452	0.786	0.682	0.650	0.796	0.708	0.712	0.754
34	0.727	0.477	0.784	0.700	0.628	0.778	0.671	0.688	0.753
35	0.364	0.571	0.430	0.326	0.391	0.446	0.461	0.431	0.541
36	0.742	0.483	0.813	0.735	0.609	0.809	0.719	0.733	0.751
37	0.526	0.620	0.613	0.467	0.472	0.644	0.615	0.606	0.591
38	0.698	0.412	0.734	0.675	0.623	0.734	0.563	0.657	0.767
39	0.563	0.590	0.564	0.502	0.425	0.580	0.600	0.592	0.524
40	0.697	0.521	0.682	0.645	0.575	0.693	0.672	0.662	0.683
41	0.619	0.536	0.677	0.627	0.600	0.691	0.633	0.714	0.711
42	0.352	0.420	0.383	0.304	0.352	0.394	0.462	0.390	0.393
43	0.669	0.501	0.728	0.628	0.600	0.706	0.683	0.659	0.755

Correlações do Grau de Satisfação Profissional – Até que Ponto Deveria Existir (cont.)

Itens	Itens								
	29	30	31	32	33	34	35	36	37
1	0.378	0.430	0.425	0.335	0.424	0.397	0.116	0.457	0.297
2	0.302	0.359	0.324	0.329	0.341	0.366	0.212	0.376	0.432
3	0.353	0.383	0.371	0.266	0.381	0.356	0.477	0.364	0.511
4	0.299	0.356	0.286	0.228	0.337	0.344	0.255	0.395	0.443
5	0.649	0.646	0.623	0.555	0.650	0.616	0.335	0.714	0.506
6	0.374	0.338	0.346	0.228	0.310	0.307	0.362	0.314	0.242
7	0.405	0.505	0.420	0.355	0.352	0.396	0.163	0.472	0.397
8	0.322	0.342	0.312	0.253	0.322	0.328	0.404	0.351	0.458
9	0.252	0.238	0.261	0.171	0.242	0.306	0.265	0.229	0.323
11	0.377	0.460	0.415	0.385	0.454	0.501	0.471	0.476	0.649
12	0.653	0.627	0.612	0.501	0.659	0.667	0.514	0.666	0.506
13	0.649	0.623	0.695	0.505	0.657	0.621	0.334	0.630	0.522
14	0.335	0.391	0.355	0.278	0.338	0.365	0.467	0.370	0.441
15	0.403	0.436	0.429	0.320	0.426	0.410	0.538	0.406	0.553
16	0.758	0.703	0.762	0.668	0.832	0.753	0.420	0.791	0.597
17	0.741	0.675	0.705	0.611	0.754	0.750	0.404	0.777	0.600
18	0.503	0.502	0.513	0.448	0.501	0.530	0.408	0.505	0.660
19	0.712	0.695	0.706	0.578	0.726	0.737	0.377	0.744	0.578
20	0.751	0.690	0.788	0.623	0.753	0.727	0.364	0.742	0.526
21	0.455	0.547	0.549	0.384	0.452	0.477	0.571	0.483	0.620
22	0.755	0.778	0.777	0.623	0.786	0.784	0.430	0.813	0.613
23	0.653	0.660	0.693	0.589	0.682	0.700	0.326	0.735	0.467
24	0.643	0.632	0.680	0.525	0.650	0.628	0.391	0.609	0.472
25	0.793	0.744	0.837	0.661	0.796	0.778	0.446	0.809	0.644
26	0.765	0.733	0.797	0.629	0.708	0.671	0.461	0.719	0.615
27	0.724	0.782	0.758	0.540	0.712	0.688	0.431	0.733	0.606
28	0.751	0.716	0.766	0.604	0.754	0.753	0.541	0.751	0.591
29	1.000	0.768	0.837	0.665	0.810	0.758	0.441	0.792	0.536
30	0.768	1.000	0.835	0.609	0.729	0.737	0.501	0.760	0.590
31	0.837	0.835	1.000	0.697	0.798	0.778	0.448	0.812	0.633
32	0.665	0.609	0.697	1.000	0.716	0.678	0.349	0.686	0.473
33	0.810	0.729	0.798	0.716	1.000	0.812	0.498	0.826	0.602
34	0.758	0.737	0.778	0.678	0.812	1.000	0.496	0.822	0.640
35	0.441	0.501	0.448	0.349	0.498	0.496	1.000	0.469	0.618
36	0.792	0.760	0.812	0.686	0.826	0.822	0.469	1.000	0.637
37	0.536	0.590	0.633	0.473	0.602	0.640	0.618	0.637	1.000
38	0.681	0.658	0.735	0.639	0.800	0.794	0.479	0.794	0.537
39	0.493	0.605	0.584	0.385	0.499	0.600	0.519	0.569	0.665
40	0.646	0.703	0.710	0.599	0.687	0.722	0.487	0.676	0.614
41	0.635	0.740	0.708	0.582	0.691	0.726	0.513	0.735	0.671
42	0.450	0.442	0.388	0.271	0.412	0.379	0.632	0.415	0.513
43	0.690	0.702	0.736	0.609	0.737	0.756	0.550	0.753	0.625

Correlações do Grau de Satisfação Profissional – Até que Ponto Deveria Existir (cont.)

Itens	Itens					
	38	39	40	41	42	43
1	0.410	0.230	0.341	0.401	0.108	0.407
2	0.287	0.379	0.387	0.372	0.258	0.382
3	0.318	0.460	0.361	0.425	0.395	0.442
4	0.303	0.392	0.302	0.405	0.227	0.368
5	0.559	0.483	0.586	0.542	0.427	0.569
6	0.294	0.263	0.255	0.309	0.262	0.323
7	0.409	0.457	0.348	0.443	0.150	0.390
8	0.291	0.413	0.355	0.387	0.565	0.403
9	0.193	0.355	0.286	0.239	0.298	0.234
11	0.435	0.512	0.502	0.506	0.410	0.441
12	0.641	0.443	0.510	0.581	0.515	0.612
13	0.636	0.478	0.598	0.603	0.340	0.618
14	0.334	0.436	0.391	0.432	0.606	0.441
15	0.399	0.529	0.466	0.470	0.382	0.441
16	0.713	0.509	0.696	0.663	0.372	0.707
17	0.657	0.522	0.628	0.699	0.390	0.631
18	0.442	0.573	0.596	0.503	0.362	0.503
19	0.667	0.602	0.672	0.668	0.360	0.682
20	0.698	0.563	0.697	0.619	0.352	0.669
21	0.412	0.590	0.521	0.536	0.420	0.501
22	0.734	0.564	0.682	0.677	0.383	0.728
23	0.675	0.502	0.645	0.627	0.304	0.628
24	0.623	0.425	0.575	0.600	0.352	0.600
25	0.734	0.580	0.693	0.691	0.394	0.706
26	0.563	0.600	0.672	0.633	0.462	0.683
27	0.657	0.592	0.662	0.714	0.390	0.659
28	0.767	0.524	0.683	0.711	0.393	0.755
29	0.681	0.493	0.646	0.635	0.450	0.690
30	0.658	0.605	0.703	0.740	0.442	0.702
31	0.735	0.584	0.710	0.708	0.388	0.736
32	0.639	0.385	0.599	0.582	0.271	0.609
33	0.800	0.499	0.687	0.691	0.412	0.737
34	0.794	0.600	0.722	0.726	0.379	0.756
35	0.479	0.519	0.487	0.513	0.632	0.550
36	0.794	0.569	0.676	0.735	0.415	0.753
37	0.537	0.665	0.614	0.671	0.513	0.625
38	1.000	0.496	0.692	0.733	0.315	0.721
39	0.496	1.000	0.684	0.677	0.473	0.605
40	0.692	0.684	1.000	0.728	0.429	0.712
41	0.733	0.677	0.728	1.000	0.469	0.762
42	0.315	0.473	0.429	0.469	1.000	0.539
43	0.721	0.605	0.712	0.762	0.539	1.000

Além disso, procedemos ao cálculo da medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin, mostrada no quadro seguinte para cada item e para a totalidade da escala (valor global). Assim, o valor global é de 0.956, o que é excelente, e os valores para cada item são todos muito elevados, muito superiores a 0.5 (superiores a 0.9 na maior parte dos casos, o que é muito elevado, e nos três únicos casos em que não o são, encontram-se extremamente próximos deste valor), indicando que todos os itens podem ser utilizados, pois ajustam-se à estrutura definida pelos outros itens.

Em resultado, podemos afirmar que a fatorabilidade da matriz de correlações é muito boa, ou seja, é apropriado efetuar uma análise fatorial com estes dados.

Medida de adequação da amostragem KMO

Escala de Satisfação Profissional – Até que Ponto Deveria Existir

Itens	KMO	Itens	KMO
1	0.932	23	0.957
2	0.944	24	0.970
3	0.889	25	0.973
4	0.927	26	0.964
5	0.949	27	0.978
6	0.890	28	0.972
7	0.892	29	0.976
8	0.931	30	0.956
9	0.891	31	0.957
11	0.939	32	0.976
12	0.952	33	0.981
13	0.957	34	0.970
14	0.916	35	0.916
15	0.905	36	0.974
16	0.955	37	0.953
17	0.940	38	0.952
18	0.970	39	0.956
19	0.962	40	0.974
20	0.967	41	0.958
21	0.955	42	0.913
22	0.970	43	0.966
		Global	0.956

Assim, realizou-se uma análise fatorial com extração de fatores pelo método das componentes principais, sendo necessário determinar em primeiro lugar o número de fatores a reter. As regras habitualmente utilizadas para selecionar o

número de fatores a reter na análise conduzem a diferentes soluções, conforme pode ser observado no quadro seguinte. Com efeito, *uma dessas regras* consiste em seleccionar os fatores cujos valores próprios associados sejam superiores a 1 (regra de Kaiser), sendo o sexto fator o último que a cumpre, pelo que esta regra apontaria para uma solução com 6 fatores, um bom número (explicando 71.6% da variância total, o que é bom). Uma *segunda regra* consiste em explicar 80% da variância total (regra de Pearson), o que conduz a uma solução com 11 fatores, o que é um pouco elevado (relembre-se que a escala tem 43 itens), complicando a análise e conduzindo a fatores sem significado e de difícil interpretação (o conjunto dos primeiros 11 fatores explica 80.4% da variância total). Finalmente, a *terceira regra* habitualmente utilizada é baseada no “scree plot” em que se retém o número de fatores em que ocorre a maior quebra da percentagem da variância explicada (regra de Cattell), o que conduz a reter entre apenas 3 fatores, o que é pouco (explicando 63.4% da variância total, o que é um pouco baixo).

Em conclusão, foi adotada a solução **com 6 fatores**, uma vez que se afigura a mais apropriada.

Valores Próprios e Variância Explicada dos Fatores Relativos à Escala do Grau de Satisfação Profissional – Até que Ponto Deveria Existir

Fator	Valor Próprio	% da Variância	% Acumulada
1	22.284	53.058	53.058
2	2.719	6.473	59.531
3	1.609	3.830	63.362
4	1.259	2.999	66.360
5	1.093	2.602	68.962
6	1.087	2.589	71.552
7	0.872	2.076	73.628
8	0.799	1.902	75.530
9	0.750	1.785	77.314
10	0.661	1.574	78.888
11	0.623	1.483	80.371
12	0.615	1.463	81.834
13	0.575	1.369	83.204
14	0.544	1.295	84.499
15	0.481	1.145	85.644
16	0.455	1.084	86.729
17	0.431	1.026	87.755
18	0.422	1.005	88.760
19	0.392	0.932	89.692
20	0.358	0.852	90.544
21	0.338	0.804	91.349
22	0.318	0.756	92.105
23	0.300	0.715	92.820
24	0.281	0.670	93.490
25	0.274	0.653	94.144
26	0.250	0.594	94.738
27	0.227	0.539	95.277
28	0.204	0.487	95.764
29	0.194	0.462	96.226
30	0.188	0.449	96.675
31	0.177	0.420	97.096
32	0.165	0.393	97.489
33	0.152	0.361	97.850
34	0.135	0.320	98.170
35	0.122	0.290	98.460
36	0.119	0.284	98.744
37	0.113	0.270	99.014
38	0.105	0.249	99.263
39	0.094	0.224	99.487
40	0.089	0.212	99.699
41	0.067	0.159	99.858
42	0.060	0.142	100.000

Assim, os resultados da análise fatorial forçada a 6 fatores seguida de rotação varimax e normalização de Kaiser são dados no quadro seguinte onde se indicam os pesos fatoriais das diferentes competências em cada fator, encontrando-se a negrito o peso mais elevado de cada competência (para mais fácil leitura e interpretação do quadro, as competências estão indicadas pela ordem do fator em que saturam e não pela ordem do questionário). Outras soluções fatoriais foram ensaiadas (particularmente as soluções com 4 e com 5 fatores), mas esta solução com 6 fatores revelou-se a mais adequada para a interpretação (a consideração de um número de fatores mais elevado conduz a fatores desnecessários ou a um pequeno acréscimo da variância explicada e a consideração de um número inferior não é suficiente, pois faz com que a representação de vários itens seja de má qualidade, conduz a fatores de difícil interpretação e com pouco significado e diminui a percentagem da variância explicada). Em resultado, conclui-se que 6 fatores são suficientes para descrever a estrutura subjacente aos dados (estrutura latente).

Refira-se que os pesos fatoriais apresentam geralmente valores elevados ou, pelo menos, aceitáveis (alguns casos apenas), o que permite concluir novamente que a solução fatorial obtida tem boa qualidade. O quadro também mostra as comunalidades, ou seja, a percentagem da variância de cada item explicada conjuntamente pelos 6 fatores extraídos. Verifica-se que essa percentagem é superior a 50% em todos os itens com uma única exceção (e esta está muito próxima desse valor), sendo boa nalgumas competências e elevada noutras, o que significa mais uma vez que os resultados desta análise fatorial são de boa qualidade.

Estrutura Fatorial da Escala do Grau de Satisfação Profissional

Até que Ponto Deveria Existir

Itens	Fact.1	Fact.2	Fact.3	Fact.4	Fact.5	Fact.6	Comunalidades
5	0.616	0.077	0.196	0.393	0.114	0.118	0.605
12	0.586	0.006	0.459	0.141	0.435	0.039	0.765
13	0.668	0.234	0.165	0.188	0.077	-0.029	0.571
16	0.806	0.201	0.151	0.246	-0.005	0.084	0.781
17	0.751	0.234	0.205	0.303	-0.052	-0.022	0.755
19	0.728	0.172	0.090	0.353	0.106	0.236	0.759
20	0.825	0.165	0.055	0.157	-0.005	0.266	0.807
22	0.804	0.220	0.167	0.210	0.099	0.001	0.776
23	0.738	0.063	0.046	0.263	0.129	0.300	0.727
24	0.696	0.302	0.122	0.054	0.108	-0.100	0.615
25	0.846	0.252	0.107	0.200	-0.039	0.130	0.850
26	0.775	0.323	0.146	0.078	-0.117	0.176	0.777
27	0.745	0.284	0.165	0.179	0.024	0.078	0.701
28	0.784	0.199	0.190	0.061	0.174	0.068	0.729
29	0.846	0.122	0.164	0.082	0.173	0.068	0.798
30	0.768	0.219	0.195	0.206	0.169	0.049	0.749
31	0.870	0.207	0.121	0.104	0.108	0.070	0.841
32	0.745	0.076	0.105	0.144	0.015	0.013	0.593
33	0.863	0.143	0.180	0.117	0.124	0.018	0.828
34	0.821	0.151	0.193	0.167	0.125	0.121	0.792
36	0.838	0.121	0.193	0.246	0.139	0.038	0.836
38	0.809	0.114	0.159	0.123	0.188	-0.028	0.744
40	0.707	0.289	0.203	0.170	-0.010	0.199	0.693
41	0.682	0.298	0.265	0.230	0.146	0.040	0.699
43	0.727	0.225	0.320	0.145	0.172	0.030	0.733
3	0.220	0.747	0.211	0.058	0.206	-0.093	0.705
15	0.263	0.781	0.214	0.093	0.097	0.009	0.744
18	0.409	0.454	0.170	0.396	-0.093	0.338	0.681
21	0.369	0.584	0.297	0.181	0.006	0.126	0.614
37	0.469	0.511	0.330	0.297	0.022	0.187	0.713
39	0.438	0.478	0.245	0.264	0.065	0.330	0.663
8	0.156	0.277	0.696	0.267	-0.073	0.067	0.666
14	0.203	0.219	0.784	0.100	0.009	0.058	0.718
35	0.336	0.469	0.508	-0.124	0.296	0.109	0.706
42	0.266	0.200	0.763	-0.019	0.160	0.166	0.746
1	0.418	-0.137	0.119	0.566	0.035	-0.306	0.623
2	0.252	0.149	0.191	0.590	-0.081	0.023	0.478
4	0.169	0.288	-0.033	0.575	0.401	0.215	0.650
7	0.280	0.111	-0.018	0.689	0.373	0.074	0.710
11	0.290	0.405	0.415	0.448	-0.059	0.143	0.645
6	0.197	0.161	0.081	0.138	0.805	0.072	0.743
9	0.162	0.032	0.228	0.044	0.112	0.794	0.724

Em resultado, o primeiro fator apresenta pesos fatoriais elevados dos itens O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste serviço, independentemente da sua profissão ou carreira, A elevada autoestima que sinto, ou a imagem positiva que tenho de mim próprio/a, devido às funções ou ao cargo que desempenho neste serviço, A margem de liberdade para eu planear, organizar, executar e avaliar o trabalho diário, A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos meus colegas enfermeiros deste serviço, A oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento pessoal no âmbito da minha profissão e/ou da minha carreira profissional, A perceção de que a vogal do Conselho Clínico deste ACeS dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objetivos, O apoio com que posso contar por parte do meu Diretor (ou do meu Chefe), sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda, O devido reconhecimento do meu desempenho profissional por parte da minha chefia, O apoio que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda, A garantia de que esta instituição tem uma política efetiva de proteção da saúde e da segurança das pessoas que aqui trabalham, incluindo a melhoria das condições de trabalho, A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras (por ex: administrativos, auxiliares, médicos), A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos, A possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço, A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efetiva e concreta as necessidades e as expectativas (de saúde) dos meus utentes, O orgulho que sinto por trabalhar num serviço com uma boa imagem junto da comunidade em que está inserido, A oportunidade de desenvolver um projeto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que na maior parte dos sítios que eu conheço, A perceção de que o meu papel (e as minhas competências) como enfermeiro/a são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites (pelos demais profissionais), A garantia de qualidade dos cuidados e/ou serviços que são prestados aos doentes deste serviço, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham, O sentimento de orgulho por integrar uma equipa de saúde tão competente e empenhada como a minha, A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho, A perceção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança,

responsabilização e transparência, A oportunidade efetiva e concreta de prestar, aos utentes do serviço, verdadeiros cuidados (e/ou serviços) integrados, continuados e personalizados, A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos utentes com que lido, A oportunidade de participar, como enfermeiro, em programas e atividades de saúde, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais e A gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito/a diariamente (por ex: telefonemas, reuniões), pelo que este fator pode ser designado como a dimensão da **Satisfação com o funcionamento do ACeS**. Com efeito, os itens que saturam neste fator referem-se a aspetos favoráveis de funcionamento como o espírito de equipa, a autoestima devido às funções ou cargo desempenhados, a margem de liberdade para trabalhar, a cooperação com colegas, a formação profissional e o desenvolvimento da carreira, etc. É interessante também que todos estes itens tenham saturado no mesmo fator, o que faz todo o sentido, pois significa que se encontram associados. O segundo fator apresenta pesos fatoriais elevados dos itens.

O sentimento de segurança no emprego devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal deste ACeS, A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional (pelo facto de trabalhar nesta instituição), O respeito, o apreço e a confiança que nos manifestam os utentes deste serviço, a mim e aos demais profissionais, A confiança que sinto em relação ao futuro, tendo em conta eventuais mudanças a níveis da política da saúde (por ex: privatização da gestão dos serviços de saúde, reestruturação da carreira), A certeza de que as minhas tarefas como enfermeiro/a têm um conteúdo rico, variado e exigente sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar e A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de outros profissionais fora do serviço (por ex: psicólogos, assistentes sociais), pelo que este fator pode ser designado como a dimensão da **Segurança laboral e bem-estar no local de trabalho**. É interessante que os itens da segurança, da estabilidade no emprego e da confiança em relação ao futuro, o item do apreço e confiança que os utentes têm pelo enfermeiro e o item da cooperação e colaboração por parte de profissionais fora do serviço saturem no mesmo fator, o que faz sentido, pois, com efeito, todos estes itens contribuem (em diferentes vertentes) para que o enfermeiro sinta segurança na sua situação laboral e no seu trabalho. O terceiro fator apresenta pesos fatoriais elevados dos itens A perceção de estar relativamente bem pago/a tendo em conta o nível do meu desempenho

profissional, A percepção de estar relativamente bem pago/a, por comparação com outros profissionais com as mesmas qualificações e responsabilidades que as minhas, no sector publico ou privado, A confiança que sinto em relação ao futuro do SNS, em geral, e da minha profissão ou carreira, em particular e A percepção de estar relativamente bem pago/a, tendo em conta a minha opção por trabalhar e/ou viver no concelho a que pertence o ACeS, pelo que este fator pode ser designado como a dimensão da **Percepção de um bom nível de remuneração**. É interessante que o item da confiança em relação ao futuro do SNS e da profissão ou carreira sature neste fator, o que significa que essa confiança está fortemente relacionada com o nível de remuneração auferida pelos enfermeiros. O quarto fator apresenta pesos fatoriais elevados dos itens A convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor neste serviço, A suficiente margem de autoridade ou de poder que considero indispensável ao exercício das minhas funções como enfermeiro/a, A certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências como pessoa e como enfermeiro/a, O sentimento de que estou a dar um contributo importante para a realização da missão e dos objetivos atribuídos a este serviço (e à respetiva instituição) e A disponibilidade de recursos, humanos e técnicos, necessários ao desempenho das minhas funções como enfermeiro/a, pelo que este fator pode ser designado como a dimensão da **Desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição**. É muito interessante que os itens de empenhamento nas funções, desenvolvimento dos conhecimentos e competências do enfermeiro ou de contribuição significativa para a missão do serviço ou da instituição saturem no mesmo fator da necessidade de dispor de uma margem de autoridade ou poder para o exercício das funções (o que significa que estão associados, o que é compreensível). Além disso, é também de assinalar que o item da disponibilidade de recursos necessários ao desempenho das funções do enfermeiro sature também no mesmo fator, o que significa que essa disponibilidade é um requisito para atingir os aspetos referidos nos restantes itens. O quinto fator apresenta pesos fatoriais elevados apenas do item O prestígio que gozo no meu meio social e/ou profissional, por trabalhar num serviço como este, pelo que este fator pode ser designado como a dimensão do **Prestígio no meio social e profissional**. O sexto fator apresenta pesos fatoriais elevados apenas do item A oportunidade de ter verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos, pelo que este fator pode ser designado como a dimensão de **Fazer amigos no local de trabalho**. É importante referir que estes dois últimos itens não

saturam em nenhum outro fator, tendo ficado isolados, porque não foi possível obter uma solução em que saturassem num fator com outros itens. Com efeito, foram ensaiadas muitas outras soluções, com mais ou menos fatores, mas os resultados obtidos foram sempre muito inferiores, deixando estes ou outros itens isolados num fator ou conduzindo a fatores de difícil interpretação e significado ou em que a qualidade da representação de vários itens (incluindo estes dois acabados de referir) era muito fraca e inaceitável. Em resumo, esta solução com seis fatores é de facto a mais adequada, apesar de deixar dois itens isolados dos restantes, mas é esse o padrão dos dados.

O quadro seguinte mostra os coeficientes de cada item nos **seis fatores** (*component scores*)

Coeficientes dos Itens nos Fatores da Escala do Grau de Satisfação Profissional

Até que Ponto Deveria Existir

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
1	0.005	-0.174	0.102	0.326	-0.042	-0.320
2	-0.057	-0.035	0.059	0.322	-0.143	-0.059
3	-0.055	0.386	-0.093	-0.075	0.112	-0.190
4	-0.099	0.088	-0.154	0.257	0.242	0.110
5	0.017	-0.107	0.039	0.137	0.004	0.029
6	-0.053	0.021	-0.059	-0.030	0.590	0.009
7	-0.076	-0.030	-0.091	0.342	0.210	-0.009
8	-0.077	-0.060	0.338	0.116	-0.135	-0.050
9	-0.033	-0.142	0.048	-0.062	0.045	0.665
11	-0.074	0.059	0.114	0.194	-0.137	0.010
12	0.017	-0.197	0.213	-0.032	0.265	-0.043
13	0.048	0.030	-0.011	0.003	-0.010	-0.101
14	-0.054	-0.110	0.403	0.006	-0.063	-0.050
15	-0.053	0.392	-0.106	-0.060	0.020	-0.106
16	0.067	-0.012	-0.025	0.023	-0.086	-0.005
17	0.051	0.005	0.014	0.073	-0.126	-0.106
18	-0.041	0.134	-0.073	0.133	-0.157	0.197
19	0.035	-0.035	-0.069	0.082	-0.004	0.131
20	0.084	-0.020	-0.090	-0.043	-0.077	0.173
21	-0.036	0.221	-0.014	-0.002	-0.066	0.002
22	0.066	0.004	-0.019	-0.004	-0.002	-0.080
23	0.057	-0.090	-0.073	0.029	0.025	0.207
24	0.068	0.100	-0.052	-0.088	0.026	-0.159
25	0.079	0.029	-0.070	-0.016	-0.111	0.037
26	0.077	0.076	-0.059	-0.085	-0.162	0.079
27	0.057	0.046	-0.035	-0.020	-0.058	-0.013
28	0.075	-0.008	-0.007	-0.103	0.068	-0.011
29	0.090	-0.056	-0.005	-0.090	0.065	-0.005
30	0.053	-0.007	-0.006	-0.012	0.052	-0.040
31	0.091	0.006	-0.053	-0.083	0.011	-0.009
32	0.085	-0.056	-0.009	-0.017	-0.051	-0.041
33	0.090	-0.046	0.004	-0.066	0.023	-0.054
34	0.072	-0.055	0.003	-0.038	0.019	0.033
35	-0.023	0.118	0.136	-0.200	0.178	-0.003
36	0.069	-0.075	0.016	0.017	0.024	-0.044
37	-0.035	0.141	0.013	0.059	-0.070	0.049
38	0.083	-0.051	0.003	-0.055	0.078	-0.090
39	-0.035	0.135	-0.042	0.032	-0.029	0.187
40	0.047	0.032	-0.019	-0.027	-0.085	0.093
41	0.027	0.028	0.023	0.010	0.031	-0.059
42	-0.038	-0.125	0.373	-0.095	0.060	0.052
43	0.046	-0.027	0.073	-0.044	0.055	-0.062

Para a avaliação da qualidade do modelo fatorial obtido, o quadro seguinte apresenta a matriz dos resíduos, ou seja, a matriz das diferenças entre as correlações observadas entre os itens e as correlações estimadas (reproduzidas) pelo modelo fatorial com os seis fatores retidos. Existem apenas 115 resíduos (13%) com valor absoluto superior a 0.05, o que indica um ajustamento muito bom (considera-se que o ajustamento é bom quando a percentagem destes resíduos é inferior a 50%). Além disso, o índice da qualidade do ajustamento ou *Goodness of Fit Index* (GFI) é 0.82, o que indica um bom ajustamento (valores do GFI superiores a 0.95 indicam um excelente ajustamento, sendo 1 o valor máximo deste indicador). O GFI ajustado, designado por AGFI, é 0.73, o que é razoável. Por sua vez, o *Root mean square residual* (RMSR) é 0.035, o que significa novamente que o ajustamento é bom (considera-se geralmente que valores de RMSR inferiores a 0.05 representam um ajustamento muito bom). Em resumo, estes coeficientes mostram que o ajustamento tem uma boa qualidade.

Matriz de Resíduos do Modelo Fatorial da Escala da Satisfação Profissional

Até que Ponto Deveria Existir

Itens	Itens								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1		-0.090	0.001	-0.061	-0.087	0.007	-0.054	-0.046	0.161
2	-0.090		0.035	-0.057	-0.059	0.074	-0.097	-0.062	0.017
3	0.001	0.035		-0.010	0.061	-0.065	-0.029	0.044	0.091
4	-0.061	-0.057	-0.010		0.005	-0.087	-0.141	0.012	-0.070
5	-0.087	-0.059	0.061	0.005		-0.048	0.008	-0.015	-0.023
6	0.007	0.074	-0.065	-0.087	-0.048		-0.088	0.055	-0.042
7	-0.054	-0.097	-0.029	-0.141	0.008	-0.088		0.009	0.018
8	-0.046	-0.062	0.044	0.012	-0.015	0.055	0.009		0.017
9	0.161	0.017	0.091	-0.070	-0.023	-0.042	0.018	0.017	
11	-0.029	-0.139	-0.030	0.012	0.011	0.008	-0.024	-0.103	-0.019
12	-0.070	0.031	0.055	-0.033	0.008	-0.054	-0.021	-0.029	-0.010
13	0.019	-0.042	-0.023	-0.045	-0.009	0.019	0.010	0.002	0.088
14	-0.039	-0.067	-0.007	0.030	-0.066	0.042	0.020	-0.073	-0.028
15	0.067	-0.049	-0.029	-0.075	0.013	-0.015	0.055	0.021	0.102
16	-0.046	-0.013	0.005	0.024	0.041	0.027	-0.030	0.015	0.006
17	-0.056	-0.066	-0.010	0.019	0.002	0.060	-0.014	0.048	0.003
18	-0.009	-0.062	-0.027	-0.030	-0.036	0.066	-0.030	-0.016	-0.083
19	0.023	-0.053	0.061	-0.029	-0.043	0.012	-0.022	0.030	-0.058
20	0.014	0.004	0.018	0.018	-0.029	0.046	-0.035	0.018	-0.044
21	0.034	0.040	-0.126	-0.053	0.018	0.050	0.009	0.012	-0.008
22	-0.041	0.028	0.040	0.017	-0.019	-0.024	-0.014	0.023	0.013
23	-0.028	0.016	0.041	-0.013	-0.046	0.023	-0.047	0.067	-0.068
24	-0.007	0.045	0.033	0.028	-0.008	0.021	-0.026	0.025	0.067
25	-0.038	0.014	0.000	0.044	0.004	0.030	-0.010	0.008	-0.041
26	0.014	0.054	-0.014	0.023	0.005	0.074	0.008	0.005	-0.037
27	0.021	-0.020	-0.013	0.034	-0.002	-0.006	0.003	0.028	0.034
28	0.057	0.009	-0.021	0.020	-0.032	-0.061	0.030	-0.016	0.033
29	-0.010	0.003	0.007	-0.005	0.027	0.020	0.031	0.028	-0.003
30	0.009	-0.013	-0.033	-0.027	0.012	-0.032	0.061	-0.020	-0.005
31	0.034	-0.003	-0.022	-0.034	-0.014	0.026	0.039	0.010	0.014
32	-0.057	0.026	0.013	-0.008	0.009	0.027	0.033	0.004	0.006
33	-0.003	0.009	0.016	0.035	0.009	-0.015	-0.031	-0.002	0.023
34	-0.010	0.008	-0.002	-0.004	-0.033	-0.027	-0.018	-0.019	0.007
35	0.072	0.055	-0.098	0.010	-0.005	-0.050	-0.007	-0.084	-0.034
36	-0.032	-0.025	0.009	0.020	0.034	-0.036	0.003	-0.006	-0.011
37	0.020	-0.003	-0.047	0.008	-0.029	-0.032	-0.012	-0.076	-0.008
38	-0.016	-0.021	-0.026	-0.001	-0.046	-0.063	0.020	0.005	0.018
39	0.034	-0.007	-0.043	-0.060	-0.022	-0.033	0.056	-0.046	-0.068
40	0.026	0.021	-0.042	-0.030	-0.001	0.023	-0.007	-0.036	-0.048
41	0.002	-0.020	-0.043	0.014	-0.065	-0.047	0.008	-0.040	0.000
42	-0.010	0.036	0.010	0.061	0.068	-0.022	0.008	-0.057	-0.074
43	0.017	0.032	0.005	0.033	-0.039	-0.043	0.001	-0.024	-0.013

Matriz de Resíduos do Modelo Fatorial da Escala da Satisfação Profissional

Até que Ponto Deveria Existir (cont.)

Ítems	Ítems								
	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	-0.029	-0.070	0.019	-0.039	0.067	-0.046	-0.056	-0.009	0.023
2	-0.139	0.031	-0.042	-0.067	-0.049	-0.013	-0.066	-0.062	-0.053
3	-0.030	0.055	-0.023	-0.007	-0.029	0.005	-0.010	-0.027	0.061
4	0.012	-0.033	-0.045	0.030	-0.075	0.024	0.019	-0.030	-0.029
5	0.011	0.008	-0.009	-0.066	0.013	0.041	0.002	-0.036	-0.043
6	0.008	-0.054	0.019	0.042	-0.015	0.027	0.060	0.066	0.012
7	-0.024	-0.021	0.010	0.020	0.055	-0.030	-0.014	-0.030	-0.022
8	-0.103	-0.029	0.002	-0.073	0.021	0.015	0.048	-0.016	0.030
9	-0.019	-0.010	0.088	-0.028	0.102	0.006	0.003	-0.083	-0.058
11		0.055	0.011	0.037	0.002	0.019	0.005	0.012	-0.026
12	0.055		0.036	-0.021	-0.019	-0.012	-0.010	0.058	0.004
13	0.011	0.036		0.003	0.060	-0.031	0.031	0.020	-0.050
14	0.037	-0.021	0.003		0.028	0.015	-0.006	0.020	0.024
15	0.002	-0.019	0.060	0.028		0.053	0.000	-0.039	-0.014
16	0.019	-0.012	-0.031	0.015	0.053		0.051	-0.002	-0.011
17	0.005	-0.010	0.031	-0.006	0.000	0.051		0.016	0.034
18	0.012	0.058	0.020	0.020	-0.039	-0.002	0.016		0.029
19	-0.026	0.004	-0.050	0.024	-0.014	-0.011	0.034	0.029	
20	0.038	0.019	0.035	0.043	0.015	-0.020	-0.006	-0.014	0.044
21	-0.071	-0.002	-0.013	-0.019	-0.042	-0.018	-0.024	-0.050	-0.015
22	-0.029	0.024	-0.035	0.012	-0.011	0.035	-0.026	-0.026	-0.019
23	0.002	0.005	-0.026	0.025	0.030	0.039	-0.019	-0.012	0.040
24	0.037	0.045	-0.004	0.008	-0.063	-0.015	0.000	0.015	-0.013
25	0.020	-0.003	-0.040	0.020	-0.037	-0.013	0.022	-0.002	-0.007
26	-0.027	-0.028	-0.033	-0.010	-0.059	-0.039	-0.006	-0.015	-0.015
27	-0.050	-0.001	-0.006	0.011	-0.015	-0.041	-0.002	-0.047	-0.013
28	-0.019	-0.040	-0.032	0.004	-0.001	-0.030	-0.031	-0.013	-0.018
29	-0.022	-0.008	0.001	-0.006	0.025	0.002	0.030	0.034	-0.002
30	-0.022	-0.018	-0.024	0.009	-0.015	-0.043	-0.045	-0.027	-0.021
31	-0.021	-0.018	0.019	0.023	-0.008	-0.029	-0.045	-0.012	-0.038
32	0.029	-0.011	-0.056	0.012	0.027	0.000	-0.029	0.031	-0.042
33	0.024	-0.001	-0.014	-0.023	0.026	0.050	0.007	0.012	-0.002
34	0.038	0.014	-0.033	-0.010	0.006	-0.019	0.017	-0.002	-0.004
35	0.031	-0.035	-0.081	-0.098	-0.044	0.001	-0.007	0.012	-0.007
36	-0.004	-0.012	-0.047	-0.006	0.012	-0.002	0.014	-0.022	-0.014
37	0.011	0.018	-0.017	-0.065	-0.072	-0.022	-0.024	0.002	-0.032
38	0.049	-0.005	0.005	0.008	0.034	-0.013	-0.038	0.011	-0.012
39	-0.071	-0.008	-0.012	0.005	-0.046	-0.069	-0.038	-0.075	0.002
40	-0.009	-0.026	-0.001	-0.003	-0.005	-0.021	-0.059	0.006	-0.016
41	-0.022	-0.039	-0.019	-0.006	-0.034	-0.046	0.002	-0.046	-0.009
42	-0.070	-0.066	-0.014	-0.099	-0.023	-0.006	0.005	-0.001	0.014
43	-0.053	-0.059	-0.013	-0.025	-0.025	-0.010	-0.067	-0.002	0.010

Matriz de Resíduos do Modelo Fatorial da Escala da Satisfação Profissional

Até que Ponto Deveria Existir (cont.)

Itens	Itens								
	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1	0.014	0.034	-0.041	-0.028	-0.007	-0.038	0.014	0.021	0.057
2	0.004	0.040	0.028	0.016	0.045	0.014	0.054	-0.020	0.009
3	0.018	-0.126	0.040	0.041	0.033	0.000	-0.014	-0.013	-0.021
4	0.018	-0.053	0.017	-0.013	0.028	0.044	0.023	0.034	0.020
5	-0.029	0.018	-0.019	-0.046	-0.008	0.004	0.005	-0.002	-0.032
6	0.046	0.050	-0.024	0.023	0.021	0.030	0.074	-0.006	-0.061
7	-0.035	0.009	-0.014	-0.047	-0.026	-0.010	0.008	0.003	0.030
8	0.018	0.012	0.023	0.067	0.025	0.008	0.005	0.028	-0.016
9	-0.044	-0.008	0.013	-0.068	0.067	-0.041	-0.037	0.034	0.033
11	0.038	-0.071	-0.029	0.002	0.037	0.020	-0.027	-0.050	-0.019
12	0.019	-0.002	0.024	0.005	0.045	-0.003	-0.028	-0.001	-0.040
13	0.035	-0.013	-0.035	-0.026	-0.004	-0.040	-0.033	-0.006	-0.032
14	0.043	-0.019	0.012	0.025	0.008	0.020	-0.010	0.011	0.004
15	0.015	-0.042	-0.011	0.030	-0.063	-0.037	-0.059	-0.015	-0.001
16	-0.020	-0.018	0.035	0.039	-0.015	-0.013	-0.039	-0.041	-0.030
17	-0.006	-0.024	-0.026	-0.019	0.000	0.022	-0.006	-0.002	-0.031
18	-0.014	-0.050	-0.026	-0.012	0.015	-0.002	-0.015	-0.047	-0.013
19	0.044	-0.015	-0.019	0.040	-0.013	-0.007	-0.015	-0.013	-0.018
20		-0.007	-0.019	0.039	0.037	0.023	0.020	-0.016	-0.031
21	-0.007		0.002	0.021	-0.032	-0.016	0.008	-0.002	0.044
22	-0.019	0.002		0.034	-0.014	-0.002	-0.031	0.009	-0.024
23	0.039	0.021	0.034		0.008	0.007	-0.033	-0.059	-0.044
24	0.037	-0.032	-0.014	0.008		0.021	0.040	-0.011	-0.074
25	0.023	-0.016	-0.002	0.007	0.021		0.037	-0.003	-0.007
26	0.020	0.008	-0.031	-0.033	0.040	0.037		0.023	-0.019
27	-0.016	-0.002	0.009	-0.059	-0.011	-0.003	0.023		0.000
28	-0.031	0.044	-0.024	-0.044	-0.074	-0.007	-0.019	0.000	
29	-0.006	-0.002	-0.013	-0.050	-0.019	0.010	0.048	0.008	-0.007
30	-0.035	0.033	0.020	-0.020	-0.017	-0.023	0.034	0.071	-0.012
31	-0.005	0.043	-0.020	-0.030	-0.013	0.010	0.031	0.005	-0.010
32	-0.035	0.006	-0.041	-0.014	-0.037	-0.030	0.000	-0.081	-0.027
33	-0.016	-0.028	-0.006	-0.024	-0.034	-0.011	-0.031	-0.027	-0.016
34	-0.044	-0.018	0.011	-0.021	-0.024	-0.020	-0.062	-0.040	0.002
35	-0.027	0.029	-0.032	-0.013	-0.061	0.011	0.000	-0.030	0.036
36	-0.028	-0.005	0.015	0.006	-0.060	-0.001	-0.007	-0.008	-0.009
37	-0.060	-0.027	0.004	-0.064	-0.048	0.001	-0.015	-0.011	0.025
38	-0.008	-0.021	-0.012	0.015	-0.024	-0.010	-0.106	-0.028	0.041
39	-0.020	-0.013	0.004	-0.039	-0.042	-0.030	0.000	0.015	-0.011
40	-0.025	-0.025	-0.018	-0.008	-0.017	-0.060	-0.048	-0.026	0.011
41	-0.053	-0.015	-0.043	0.002	-0.021	-0.035	-0.038	0.030	0.025
42	0.017	-0.040	-0.014	-0.006	0.014	0.026	0.070	-0.004	-0.038
43	-0.015	-0.025	-0.006	-0.006	-0.036	-0.026	0.004	-0.032	0.039

Matriz de Resíduos do Modelo Fatorial da Escala da Satisfação Profissional

Até que Ponto Deveria Existir (cont.)

Itens	Itens								
	29	30	31	32	33	34	35	36	37
1	-0.010	0.009	0.034	-0.057	-0.003	-0.010	0.072	-0.032	0.020
2	0.003	-0.013	-0.003	0.026	0.009	0.008	0.055	-0.025	-0.003
3	0.007	-0.033	-0.022	0.013	0.016	-0.002	-0.098	0.009	-0.047
4	-0.005	-0.027	-0.034	-0.008	0.035	-0.004	0.010	0.020	0.008
5	0.027	0.012	-0.014	0.009	0.009	-0.033	-0.005	0.034	-0.029
6	0.020	-0.032	0.026	0.027	-0.015	-0.027	-0.050	-0.036	-0.032
7	0.031	0.061	0.039	0.033	-0.031	-0.018	-0.007	0.003	-0.012
8	0.028	-0.020	0.010	0.004	-0.002	-0.019	-0.084	-0.006	-0.076
9	-0.003	-0.005	0.014	0.006	0.023	0.007	-0.034	-0.011	-0.008
11	-0.022	-0.022	-0.021	0.029	0.024	0.038	0.031	-0.004	0.011
12	-0.008	-0.018	-0.018	-0.011	-0.001	0.014	-0.035	-0.012	0.018
13	0.001	-0.024	0.019	-0.056	-0.014	-0.033	-0.081	-0.047	-0.017
14	-0.006	0.009	0.023	0.012	-0.023	-0.010	-0.098	-0.006	-0.065
15	0.025	-0.015	-0.008	0.027	0.026	0.006	-0.044	0.012	-0.072
16	0.002	-0.043	-0.029	0.000	0.050	-0.019	0.001	-0.002	-0.022
17	0.030	-0.045	-0.045	-0.029	0.007	0.017	-0.007	0.014	-0.024
18	0.034	-0.027	-0.012	0.031	0.012	-0.002	0.012	-0.022	0.002
19	-0.002	-0.021	-0.038	-0.042	-0.002	-0.004	-0.007	-0.014	-0.032
20	-0.006	-0.035	-0.005	-0.035	-0.016	-0.044	-0.027	-0.028	-0.060
21	-0.002	0.033	0.043	0.006	-0.028	-0.018	0.029	-0.005	-0.027
22	-0.013	0.020	-0.020	-0.041	-0.006	0.011	-0.032	0.015	0.004
23	-0.050	-0.020	-0.030	-0.014	-0.024	-0.021	-0.013	0.006	-0.064
24	-0.019	-0.017	-0.013	-0.037	-0.034	-0.024	-0.061	-0.060	-0.048
25	0.010	-0.023	0.010	-0.030	-0.011	-0.020	0.011	-0.001	0.001
26	0.048	0.034	0.031	0.000	-0.031	-0.062	0.000	-0.007	-0.015
27	0.008	0.071	0.005	-0.081	-0.027	-0.040	-0.030	-0.008	-0.011
28	-0.007	-0.012	-0.010	-0.027	-0.016	0.002	0.036	-0.009	0.025
29		0.010	0.024	-0.006	0.000	-0.030	-0.033	-0.011	-0.018
30	0.010		0.055	-0.033	-0.046	-0.025	0.012	-0.024	-0.020
31	0.024	0.055		0.004	-0.031	-0.030	-0.030	-0.009	0.033
32	-0.006	-0.033	0.004		0.024	0.007	0.022	-0.005	0.005
33	0.000	-0.046	-0.031	0.024		0.010	0.025	0.003	0.024
34	-0.030	-0.025	-0.030	0.007	0.010		0.022	0.015	0.039
35	-0.033	0.012	-0.030	0.022	0.025	0.022		0.018	0.064
36	-0.011	-0.024	-0.009	-0.005	0.003	0.015	0.018		0.036
37	-0.018	-0.020	0.033	0.005	0.024	0.039	0.064	0.036	
38	-0.083	-0.074	-0.042	-0.008	0.020	0.042	0.035	0.016	0.011
39	-0.030	0.035	0.017	-0.046	-0.036	0.029	0.001	0.011	-0.007
40	-0.046	0.014	-0.019	0.002	-0.023	0.008	0.013	-0.039	-0.019
41	-0.068	0.026	-0.021	-0.012	-0.034	0.009	-0.009	-0.002	0.033
42	0.038	0.014	-0.004	-0.024	-0.004	-0.053	-0.007	-0.003	0.006
43	-0.048	-0.028	-0.016	-0.007	-0.020	0.015	0.002	-0.006	0.012

Matriz de Resíduos do Modelo Fatorial da Escala da Satisfação Profissional

Até que Ponto Deveria Existir (cont.)

Itens	Itens					
	38	39	40	41	42	43
1	-0.016	0.034	0.026	0.002	-0.010	0.017
2	-0.021	-0.007	0.021	-0.020	0.036	0.032
3	-0.026	-0.043	-0.042	-0.043	0.010	0.005
4	-0.001	-0.060	-0.030	0.014	0.061	0.033
5	-0.046	-0.022	-0.001	-0.065	0.068	-0.039
6	-0.063	-0.033	0.023	-0.047	-0.022	-0.043
7	0.020	0.056	-0.007	0.008	0.008	0.001
8	0.005	-0.046	-0.036	-0.040	-0.057	-0.024
9	0.018	-0.068	-0.048	0.000	-0.074	-0.013
11	0.049	-0.071	-0.009	-0.022	-0.070	-0.053
12	-0.005	-0.008	-0.026	-0.039	-0.066	-0.059
13	0.005	-0.012	-0.001	-0.019	-0.014	-0.013
14	0.008	0.005	-0.003	-0.006	-0.099	-0.025
15	0.034	-0.046	-0.005	-0.034	-0.023	-0.025
16	-0.013	-0.069	-0.021	-0.046	-0.006	-0.010
17	-0.038	-0.038	-0.059	0.002	0.005	-0.067
18	0.011	-0.075	0.006	-0.046	-0.001	-0.002
19	-0.012	0.002	-0.016	-0.009	0.014	0.010
20	-0.008	-0.020	-0.025	-0.053	0.017	-0.015
21	-0.021	-0.013	-0.025	-0.015	-0.040	-0.025
22	-0.012	0.004	-0.018	-0.043	-0.014	-0.006
23	0.015	-0.039	-0.008	0.002	-0.006	-0.006
24	-0.024	-0.042	-0.017	-0.021	0.014	-0.036
25	-0.010	-0.030	-0.060	-0.035	0.026	-0.026
26	-0.106	0.000	-0.048	-0.038	0.070	0.004
27	-0.028	0.015	-0.026	0.030	-0.004	-0.032
28	0.041	-0.011	0.011	0.025	-0.038	0.039
29	-0.083	-0.030	-0.046	-0.068	0.038	-0.048
30	-0.074	0.035	0.014	0.026	0.014	-0.028
31	-0.042	0.017	-0.019	-0.021	-0.004	-0.016
32	-0.008	-0.046	0.002	-0.012	-0.024	-0.007
33	0.020	-0.036	-0.023	-0.034	-0.004	-0.020
34	0.042	0.029	0.008	0.009	-0.053	0.015
35	0.035	0.001	0.013	-0.009	-0.007	0.002
36	0.016	0.011	-0.039	-0.002	-0.003	-0.006
37	0.011	-0.007	-0.019	0.033	0.006	0.012
38		0.013	0.042	0.051	-0.067	0.007
39	0.013		0.077	0.088	0.014	0.042
40	0.042	0.077		0.061	0.000	0.040
41	0.051	0.088	0.061		0.001	0.056
42	-0.067	0.014	0.000	0.001		0.027
43	0.007	0.042	0.040	0.056	0.027	

Por fim, procede-se à análise da validade do questionário, ou seja, da consistência interna e fiabilidade do questionário utilizado. Para este efeito, utilizaremos o coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor para a totalidade do questionário é de **0.97**, o que é muito elevado e mostra uma excelente consistência interna do questionário. O quadro seguinte mostra os valores deste coeficiente para as dimensões identificadas, concluindo-se que a consistência da primeira é extremamente elevada, a das duas seguintes é elevada e a da quarta é boa.

Em conclusão, quer o questionário na sua globalidade, quer as dimensões identificadas revelam uma consistência interna e fiabilidade muito elevada, elevada ou pelo menos boa, o que significa que são válidas para os objetivos a que se destinam, permitindo confiar nas conclusões e resultados extraídos.

Alfa de Cronbach das Dimensões da Escala do Grau de Satisfação Profissional

Até que Ponto Deveria Existir

Dimensão	Alfa
1 – Satisfação com o funcionamento do ACES	0.981
2 – Segurança laboral e bem-estar no local de trabalho	0.861
3 – Perceção de um bom nível de remuneração	0.825
4 – Desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição	0.723

Procede-se agora à análise descritiva do grau de satisfação total das dimensões identificadas anteriormente e das relações entre elas. Os dois quadros seguintes mostram a frequência das respostas dos enfermeiros à escala de satisfação profissional e a média e o desvio padrão respetivos em cada dimensão, extraindo-se diversas conclusões (não se procede à análise das duas últimas dimensões porque incluem um único item cuja análise já foi efetuada):

Satisfação com o funcionamento do ACeS – “10” é a resposta maioritária (60.4% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (27.9%), “8” (7.3%), “7” (2.3%), “6” e “5” (0.7% cada), “1” (0.3%), “4” (0.2%) e “3” e “2” (0.1%), não existindo quaisquer respostas “0”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir

nesta dimensão é muito elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 88.3% dos enfermeiros e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 95.6%). Com efeito, o valor médio é de 234.8 (muito próximo do máximo desta dimensão, que é 250, pois inclui 25 itens), com um baixo desvio padrão (22), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados.

Segurança laboral e bem-estar no local de trabalho – “10” é a resposta maioritária (57.7% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (27.6%), “8” (7.7%), “7” (3.2%), “5” (1.7%), “6” (1.3%), “4” (0.3%) e “3” e “2”, “1” e “0” (0.1% cada). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir nesta dimensão é muito elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 85.3% dos enfermeiros e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 93%). Com efeito, o valor médio é de 55.7 (muito próximo do máximo desta dimensão, que é 60, pois inclui 6 itens), com um baixo desvio padrão (5.5), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados.

Perceção de um bom nível de remuneração – “10” é a resposta maioritária (61% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (24.6%), “8” (6.8%), “7” (3.1%), “5” (1.5%), “6” (0.9%), “4” e “3” (0.6% cada), “0” (0.4%) “2” (0.2%) e “1” (0.1%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir nesta dimensão é muito elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 85.6% dos enfermeiros e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 92.4%). Com efeito, o valor médio é de 37 (muito próximo do máximo desta dimensão, que é 40, pois inclui 4 itens), com um baixo desvio padrão (4.6), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados.

Perceção de um bom nível de remuneração – “10” é a resposta maioritária (53.2% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (29%), “8” (10.6%), “7” (3.5%), “5” (2.1%), “6” (1.1%), “4” (0.3%) e “3” e “0” (0.1% cada), não existindo quaisquer respostas “1” e “2”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que deveria existir nesta dimensão é muito elevado (note-se que “10” e “9” em conjunto representam 82.2% dos enfermeiros e que as respostas de “7” a “10” em conjunto representam 92.8%). Com efeito, o valor médio é de 46.1 (muito próximo do máximo desta dimensão, que é 50, pois inclui 5 itens), com um baixo desvio padrão (3.8), mostrando a grande concentração das respostas nos valores elevados.

Dimensões da Satisfação Profissional dos Enfermeiros

Até que Ponto Deveria Existir

Dimensão	Frequência (%)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
1	0.0	0.3	0.1	0.1	0.2	0.7	0.7	2.3	7.3	27.9	60.4	100.0
2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3	1.7	1.3	3.2	7.7	27.6	57.7	100.0
3	0.4	0.1	0.2	0.6	0.6	1.5	0.9	3.1	6.8	24.6	61.0	100.0
4	0.1	0.0	0.0	0.1	0.3	2.1	1.1	3.5	10.6	29.0	53.2	100.0
5	0.8	0.8	0.4	0.4	0.4	8.0	2.5	5.0	18.1	28.2	35.3	100.0
6	0.4	0.0	0.0	0.8	0.0	6.7	2.5	7.1	17.6	30.3	34.5	100.0

Caracterização das Dimensões da Satisfação Profissional dos Enfermeiros

Até que Ponto Deveria Existir

Dimensão	Coeficientes	
	Média	D. padrão
1 – Satisfação com o funcionamento do ACES	234.8	22.0
2 – Segurança laboral e bem-estar no local de trabalho	55.7	5.5
3 – Perceção de um bom nível de remuneração	37.0	4.6
4 – Desenvolvimento de conhecimentos e competências para a Realização da missão do serviço e da instituição	46.1	3.8
5 – Prestígio no meio social e profissional	8.5	1.9
6 – Fazer amigos no local de trabalho	8.6	1.6

Em seguida, calcula-se a matriz de correlações do grau de satisfação das seis dimensões e faz-se o respetivo teste de significância. Uma vez que o grau de concordância nas dimensões não tem distribuição normal (o teste de normalidade de Shapiro-Wilk rejeita esta hipótese para todas as dimensões com valores-p aproximadamente nulos), recorre-se ao coeficiente de correlação de Spearman. Os resultados, apresentados no quadro seguinte (onde está o valor do coeficiente de correlação de Spearman e o valor-p do respetivo teste de significância), mostram que todas as dimensões estão positivamente correlacionadas (ou seja, de sentido direto). Todas as correlações são significativas e positivas, o que quer dizer que as

dimensões estão correlacionadas no mesmo sentido, ou seja, quando os enfermeiros têm graus de satisfação elevados numa dimensão também têm em qualquer das outras. As dimensões mais fortemente correlacionadas são a primeira com a segunda e com a terceira (com correlações elevadas). A correlação entre a primeira e a quarta dimensão é ainda um pouco forte. Pelo contrário, a sexta dimensão está fracamente correlacionada com a segunda, a quarta e a quinta. As restantes correlações podem ser consideradas moderadas, existindo várias diferenças.

Matriz de Correlações das Dimensões da Satisfação Profissional dos Enfermeiros

Até que Ponto Deveria Existir

Dimensões		Dimensões					
		1	2	3	4	5	6
1	coef.	1.000	0.804	0.757	0.690	0.538	0.487
	valor-p		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
2	coef.	0.804	1.000	0.644	0.609	0.466	0.382
	valor-p	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
3	coef.	0.757	0.644	1.000	0.549	0.407	0.420
	valor-p	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000
4	coef.	0.690	0.609	0.549	1.000	0.497	0.266
	valor-p	0.000	0.000	0.000		0.00	0.000
5	coef.	0.538	0.466	0.407	0.497	1.000	0.334
	valor-p	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000
6	coef.	0.487	0.382	0.420	0.266	0.334	1.000
	valor-p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

Dimensão	Frequência (%)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
1	0.0	0.3	0.1	0.1	0.2	0.7	0.7	2.3	7.3	27.9	60.4	100.0
2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3	1.7	1.3	3.2	7.7	27.6	57.7	100.0
3	0.4	0.1	0.2	0.6	0.6	1.5	0.9	3.1	6.8	24.6	61.0	100.0
4	0.1	0.0	0.0	0.1	0.3	2.1	1.1	3.5	10.6	29.0	53.2	100.0
5	0.8	0.8	0.4	0.4	0.4	8.0	2.5	5.0	18.1	28.2	35.3	100.0
6	0.4	0.0	0.0	0.8	0.0	6.7	2.5	7.1	17.6	30.3	34.5	100.0

Até que ponto existe

Para verificar se estes dados são apropriados para fazer uma análise fatorial, apresentamos de seguida a matriz de correlações entre as respostas, observando-se a existência de muitas correlações moderadas e elevadas.

Dimensão	Frequência (%)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
1	0.0	0.3	0.1	0.1	0.2	0.7	0.7	2.3	7.3	27.9	60.4	100.0
2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3	1.7	1.3	3.2	7.7	27.6	57.7	100.0
3	0.4	0.1	0.2	0.6	0.6	1.5	0.9	3.1	6.8	24.6	61.0	100.0
4	0.1	0.0	0.0	0.1	0.3	2.1	1.1	3.5	10.6	29.0	53.2	100.0
5	0.8	0.8	0.4	0.4	0.4	8.0	2.5	5.0	18.1	28.2	35.3	100.0
6	0.4	0.0	0.0	0.8	0.0	6.7	2.5	7.1	17.6	30.3	34.5	100.0

Correlações do Grau de Satisfação Profissional – Até que Ponto Existe

Itens	Itens								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1.000	0.608	0.322	0.510	0.431	0.505	0.577	0.407	0.373
2	0.608	1.000	0.431	0.455	0.440	0.430	0.485	0.278	0.368
3	0.322	0.431	1.000	0.296	0.244	0.476	0.325	0.301	0.199
4	0.510	0.455	0.296	1.000	0.358	0.381	0.612	0.224	0.311
5	0.431	0.440	0.244	0.358	1.000	0.551	0.353	0.369	0.618
6	0.505	0.430	0.476	0.381	0.551	1.000	0.459	0.485	0.423
7	0.577	0.485	0.325	0.612	0.353	0.459	1.000	0.308	0.316
8	0.407	0.278	0.301	0.224	0.369	0.485	0.308	1.000	0.278
9	0.373	0.368	0.199	0.311	0.618	0.423	0.316	0.278	1.000
11	0.415	0.378	0.308	0.337	0.346	0.382	0.287	0.360	0.252
12	0.515	0.498	0.421	0.452	0.491	0.594	0.526	0.371	0.443
13	0.379	0.518	0.160	0.350	0.426	0.362	0.372	0.248	0.426
14	0.340	0.326	0.323	0.254	0.357	0.475	0.271	0.709	0.241
15	0.335	0.420	0.723	0.324	0.312	0.462	0.395	0.387	0.284
16	0.292	0.305	0.147	0.248	0.493	0.303	0.318	0.149	0.499
17	0.299	0.364	0.340	0.355	0.376	0.316	0.223	0.271	0.249
18	0.323	0.391	0.302	0.367	0.464	0.466	0.357	0.217	0.373
19	0.469	0.517	0.412	0.405	0.470	0.516	0.422	0.391	0.403
20	0.450	0.432	0.261	0.382	0.476	0.410	0.372	0.279	0.469
21	0.432	0.460	0.483	0.356	0.457	0.509	0.363	0.537	0.307
22	0.531	0.533	0.330	0.424	0.471	0.463	0.379	0.304	0.357
23	0.379	0.402	0.254	0.395	0.609	0.423	0.359	0.167	0.585
24	0.398	0.384	0.331	0.305	0.443	0.553	0.323	0.421	0.300
25	0.322	0.387	0.325	0.314	0.560	0.433	0.312	0.253	0.469
26	0.354	0.401	0.317	0.268	0.603	0.541	0.255	0.384	0.418
27	0.405	0.486	0.302	0.373	0.485	0.432	0.399	0.345	0.389
28	0.338	0.492	0.266	0.408	0.358	0.370	0.342	0.251	0.338
29	0.443	0.496	0.302	0.436	0.561	0.507	0.433	0.301	0.478
30	0.441	0.451	0.297	0.370	0.531	0.501	0.343	0.323	0.398
31	0.477	0.493	0.307	0.487	0.530	0.512	0.400	0.306	0.494
32	0.423	0.496	0.236	0.450	0.471	0.407	0.454	0.231	0.370
33	0.418	0.492	0.216	0.427	0.652	0.501	0.409	0.300	0.539
34	0.439	0.471	0.212	0.368	0.612	0.494	0.339	0.462	0.471
35	0.426	0.426	0.436	0.334	0.420	0.569	0.410	0.572	0.310
36	0.374	0.517	0.233	0.407	0.561	0.438	0.409	0.281	0.469
37	0.382	0.532	0.256	0.376	0.481	0.442	0.392	0.338	0.402
38	0.468	0.524	0.376	0.402	0.530	0.506	0.449	0.331	0.422
39	0.399	0.410	0.235	0.238	0.410	0.395	0.277	0.353	0.407
40	0.309	0.334	0.326	0.344	0.447	0.392	0.370	0.306	0.334
41	0.358	0.422	0.188	0.253	0.436	0.367	0.217	0.291	0.367
42	0.321	0.352	0.319	0.227	0.375	0.445	0.306	0.734	0.262
43	0.360	0.520	0.301	0.381	0.436	0.326	0.377	0.338	0.329

Correlações do Grau de Satisfação Profissional – Até que Ponto Existe (cont.)

Itens	Itens								
	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	0.415	0.515	0.379	0.340	0.335	0.292	0.299	0.323	0.469
2	0.378	0.498	0.518	0.326	0.420	0.305	0.364	0.391	0.517
3	0.308	0.421	0.160	0.323	0.723	0.147	0.340	0.302	0.412
4	0.337	0.452	0.350	0.254	0.324	0.248	0.355	0.367	0.405
5	0.346	0.491	0.426	0.357	0.312	0.493	0.376	0.464	0.470
6	0.382	0.594	0.362	0.475	0.462	0.303	0.316	0.466	0.516
7	0.287	0.526	0.372	0.271	0.395	0.318	0.223	0.357	0.422
8	0.360	0.371	0.248	0.709	0.387	0.149	0.271	0.217	0.391
9	0.252	0.443	0.426	0.241	0.284	0.499	0.249	0.373	0.403
11	1.000	0.443	0.377	0.432	0.235	0.180	0.338	0.265	0.276
12	0.443	1.000	0.513	0.372	0.408	0.331	0.339	0.465	0.474
13	0.377	0.513	1.000	0.298	0.334	0.313	0.308	0.322	0.429
14	0.432	0.372	0.298	1.000	0.484	0.204	0.374	0.197	0.362
15	0.235	0.408	0.334	0.484	1.000	0.254	0.385	0.323	0.441
16	0.180	0.331	0.313	0.204	0.254	1.000	0.256	0.323	0.320
17	0.338	0.339	0.308	0.374	0.385	0.256	1.000	0.321	0.561
18	0.265	0.465	0.322	0.197	0.323	0.323	0.321	1.000	0.377
19	0.276	0.474	0.429	0.362	0.441	0.320	0.561	0.377	1.000
20	0.317	0.387	0.357	0.283	0.314	0.461	0.456	0.271	0.551
21	0.319	0.499	0.367	0.490	0.569	0.195	0.489	0.372	0.496
22	0.324	0.518	0.446	0.306	0.324	0.441	0.449	0.314	0.562
23	0.275	0.410	0.404	0.210	0.325	0.652	0.340	0.378	0.450
24	0.385	0.428	0.374	0.445	0.404	0.243	0.558	0.295	0.570
25	0.366	0.439	0.374	0.276	0.363	0.414	0.367	0.473	0.450
26	0.393	0.480	0.437	0.415	0.414	0.293	0.495	0.439	0.496
27	0.350	0.459	0.508	0.389	0.430	0.429	0.483	0.401	0.480
28	0.278	0.391	0.523	0.285	0.379	0.308	0.415	0.346	0.528
29	0.318	0.530	0.556	0.305	0.417	0.440	0.346	0.469	0.558
30	0.392	0.488	0.479	0.370	0.317	0.398	0.508	0.374	0.485
31	0.310	0.480	0.470	0.360	0.377	0.390	0.427	0.377	0.523
32	0.286	0.454	0.475	0.267	0.328	0.347	0.309	0.448	0.422
33	0.296	0.518	0.526	0.267	0.339	0.508	0.354	0.454	0.529
34	0.375	0.460	0.472	0.432	0.267	0.368	0.429	0.343	0.508
35	0.421	0.561	0.439	0.585	0.505	0.173	0.399	0.363	0.485
36	0.232	0.442	0.512	0.330	0.369	0.399	0.391	0.339	0.585
37	0.347	0.525	0.556	0.349	0.368	0.386	0.351	0.393	0.486
38	0.435	0.564	0.534	0.384	0.388	0.374	0.494	0.475	0.504
39	0.325	0.397	0.347	0.324	0.313	0.273	0.412	0.329	0.538
40	0.296	0.481	0.298	0.278	0.342	0.278	0.347	0.558	0.397
41	0.284	0.365	0.373	0.285	0.220	0.236	0.500	0.278	0.517
42	0.349	0.398	0.347	0.722	0.407	0.237	0.357	0.172	0.406
43	0.397	0.397	0.572	0.359	0.339	0.304	0.389	0.302	0.522

Correlações do Grau de Satisfação Profissional – Até que Ponto Existe (cont.)

Itens	Itens								
	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1	0.450	0.432	0.531	0.379	0.398	0.322	0.354	0.405	0.338
2	0.432	0.460	0.533	0.402	0.384	0.387	0.401	0.486	0.492
3	0.261	0.483	0.330	0.254	0.331	0.325	0.317	0.302	0.266
4	0.382	0.356	0.424	0.395	0.305	0.314	0.268	0.373	0.408
5	0.476	0.457	0.471	0.609	0.443	0.560	0.603	0.485	0.358
6	0.410	0.509	0.463	0.423	0.553	0.433	0.541	0.432	0.370
7	0.372	0.363	0.379	0.359	0.323	0.312	0.255	0.399	0.342
8	0.279	0.537	0.304	0.167	0.421	0.253	0.384	0.345	0.251
9	0.469	0.307	0.357	0.585	0.300	0.469	0.418	0.389	0.338
11	0.317	0.319	0.324	0.275	0.385	0.366	0.393	0.350	0.278
12	0.387	0.499	0.518	0.410	0.428	0.439	0.480	0.459	0.391
13	0.357	0.367	0.446	0.404	0.374	0.374	0.437	0.508	0.523
14	0.283	0.490	0.306	0.210	0.445	0.276	0.415	0.389	0.285
15	0.314	0.569	0.324	0.325	0.404	0.363	0.414	0.430	0.379
16	0.461	0.195	0.441	0.652	0.243	0.414	0.293	0.429	0.308
17	0.456	0.489	0.449	0.340	0.558	0.367	0.495	0.483	0.415
18	0.271	0.372	0.314	0.378	0.295	0.473	0.439	0.401	0.346
19	0.551	0.496	0.562	0.450	0.570	0.450	0.496	0.480	0.528
20	1.000	0.405	0.650	0.609	0.519	0.512	0.473	0.519	0.495
21	0.405	1.000	0.409	0.351	0.535	0.449	0.541	0.513	0.459
22	0.650	0.409	1.000	0.582	0.551	0.402	0.414	0.540	0.411
23	0.609	0.351	0.582	1.000	0.383	0.578	0.459	0.419	0.365
24	0.519	0.535	0.551	0.383	1.000	0.487	0.658	0.533	0.544
25	0.512	0.449	0.402	0.578	0.487	1.000	0.658	0.512	0.356
26	0.473	0.541	0.414	0.459	0.658	0.658	1.000	0.638	0.501
27	0.519	0.513	0.540	0.419	0.533	0.512	0.638	1.000	0.558
28	0.495	0.459	0.411	0.365	0.544	0.356	0.501	0.558	1.000
29	0.459	0.413	0.466	0.511	0.473	0.510	0.559	0.535	0.597
30	0.544	0.440	0.540	0.489	0.515	0.475	0.568	0.596	0.467
31	0.557	0.432	0.532	0.542	0.526	0.592	0.603	0.523	0.492
32	0.442	0.371	0.450	0.484	0.427	0.509	0.466	0.466	0.516
33	0.477	0.330	0.540	0.630	0.438	0.511	0.529	0.534	0.502
34	0.494	0.504	0.453	0.414	0.576	0.539	0.621	0.557	0.493
35	0.301	0.646	0.389	0.267	0.502	0.442	0.516	0.512	0.443
36	0.511	0.359	0.551	0.513	0.471	0.435	0.494	0.488	0.468
37	0.317	0.395	0.446	0.427	0.442	0.375	0.438	0.467	0.542
38	0.433	0.520	0.448	0.425	0.540	0.514	0.543	0.623	0.597
39	0.382	0.439	0.397	0.391	0.457	0.520	0.481	0.354	0.365
40	0.317	0.457	0.320	0.303	0.362	0.503	0.453	0.428	0.424
41	0.413	0.369	0.445	0.341	0.433	0.358	0.425	0.443	0.421
42	0.344	0.558	0.346	0.233	0.449	0.305	0.393	0.358	0.283
43	0.399	0.398	0.426	0.350	0.413	0.392	0.468	0.479	0.487

Correlações do Grau de Satisfação Profissional – Até que Ponto Existe (cont.)

Itens	Itens								
	29	30	31	32	33	34	35	36	37
1	0.443	0.441	0.477	0.423	0.418	0.439	0.426	0.374	0.382
2	0.496	0.451	0.493	0.496	0.492	0.471	0.426	0.517	0.532
3	0.302	0.297	0.307	0.236	0.216	0.212	0.436	0.233	0.256
4	0.436	0.370	0.487	0.450	0.427	0.368	0.334	0.407	0.376
5	0.561	0.531	0.530	0.471	0.652	0.612	0.420	0.561	0.481
6	0.507	0.501	0.512	0.407	0.501	0.494	0.569	0.438	0.442
7	0.433	0.343	0.400	0.454	0.409	0.339	0.410	0.409	0.392
8	0.301	0.323	0.306	0.231	0.300	0.462	0.572	0.281	0.338
9	0.478	0.398	0.494	0.370	0.539	0.471	0.310	0.469	0.402
11	0.318	0.392	0.310	0.286	0.296	0.375	0.421	0.232	0.347
12	0.530	0.488	0.480	0.454	0.518	0.460	0.561	0.442	0.525
13	0.556	0.479	0.470	0.475	0.526	0.472	0.439	0.512	0.556
14	0.305	0.370	0.360	0.267	0.267	0.432	0.585	0.330	0.349
15	0.417	0.317	0.377	0.328	0.339	0.267	0.505	0.369	0.368
16	0.440	0.398	0.390	0.347	0.508	0.368	0.173	0.399	0.386
17	0.346	0.508	0.427	0.309	0.354	0.429	0.399	0.391	0.351
18	0.469	0.374	0.377	0.448	0.454	0.343	0.363	0.339	0.393
19	0.558	0.485	0.523	0.422	0.529	0.508	0.485	0.585	0.486
20	0.459	0.544	0.557	0.442	0.477	0.494	0.301	0.511	0.317
21	0.413	0.440	0.432	0.371	0.330	0.504	0.646	0.359	0.395
22	0.466	0.540	0.532	0.450	0.540	0.453	0.389	0.551	0.446
23	0.511	0.489	0.542	0.484	0.630	0.414	0.267	0.513	0.427
24	0.473	0.515	0.526	0.427	0.438	0.576	0.502	0.471	0.442
25	0.510	0.475	0.592	0.509	0.511	0.539	0.442	0.435	0.375
26	0.559	0.568	0.603	0.466	0.529	0.621	0.516	0.494	0.438
27	0.535	0.596	0.523	0.466	0.534	0.557	0.512	0.488	0.467
28	0.597	0.467	0.492	0.516	0.502	0.493	0.443	0.468	0.542
29	1.000	0.644	0.602	0.638	0.697	0.472	0.464	0.537	0.545
30	0.644	1.000	0.622	0.514	0.544	0.528	0.435	0.496	0.443
31	0.602	0.622	1.000	0.546	0.556	0.521	0.466	0.597	0.477
32	0.638	0.514	0.546	1.000	0.691	0.460	0.348	0.505	0.505
33	0.697	0.544	0.556	0.691	1.000	0.579	0.339	0.623	0.581
34	0.472	0.528	0.521	0.460	0.579	1.000	0.496	0.571	0.528
35	0.464	0.435	0.466	0.348	0.339	0.496	1.000	0.410	0.519
36	0.537	0.496	0.597	0.505	0.623	0.571	0.410	1.000	0.675
37	0.545	0.443	0.477	0.505	0.581	0.528	0.519	0.675	1.000
38	0.542	0.555	0.495	0.575	0.609	0.619	0.542	0.484	0.625
39	0.376	0.392	0.484	0.392	0.379	0.510	0.466	0.446	0.488
40	0.478	0.409	0.351	0.374	0.425	0.354	0.486	0.334	0.424
41	0.384	0.547	0.425	0.305	0.481	0.525	0.381	0.519	0.483
42	0.350	0.438	0.399	0.265	0.330	0.482	0.649	0.385	0.413
43	0.447	0.434	0.484	0.426	0.447	0.473	0.447	0.529	0.529

Correlações do Grau de Satisfação Profissional – Até que Ponto Existe (cont.)

Itens	Itens					
	38	39	40	41	42	43
1	0.468	0.399	0.309	0.358	0.321	0.360
2	0.524	0.410	0.334	0.422	0.352	0.520
3	0.376	0.235	0.326	0.188	0.319	0.301
4	0.402	0.238	0.344	0.253	0.227	0.381
5	0.530	0.410	0.447	0.436	0.375	0.436
6	0.506	0.395	0.392	0.367	0.445	0.326
7	0.449	0.277	0.370	0.217	0.306	0.377
8	0.331	0.353	0.306	0.291	0.734	0.338
9	0.422	0.407	0.334	0.367	0.262	0.329
11	0.435	0.325	0.296	0.284	0.349	0.397
12	0.564	0.397	0.481	0.365	0.398	0.397
13	0.534	0.347	0.298	0.373	0.347	0.572
14	0.384	0.324	0.278	0.285	0.722	0.359
15	0.388	0.313	0.342	0.220	0.407	0.339
16	0.374	0.273	0.278	0.236	0.237	0.304
17	0.494	0.412	0.347	0.500	0.357	0.389
18	0.475	0.329	0.558	0.278	0.172	0.302
19	0.504	0.538	0.397	0.517	0.406	0.522
20	0.433	0.382	0.317	0.413	0.344	0.399
21	0.520	0.439	0.457	0.369	0.558	0.398
22	0.448	0.397	0.320	0.445	0.346	0.426
23	0.425	0.391	0.303	0.341	0.233	0.350
24	0.540	0.457	0.362	0.433	0.449	0.413
25	0.514	0.520	0.503	0.358	0.305	0.392
26	0.543	0.481	0.453	0.425	0.393	0.468
27	0.623	0.354	0.428	0.443	0.358	0.479
28	0.597	0.365	0.424	0.421	0.283	0.487
29	0.542	0.376	0.478	0.384	0.350	0.447
30	0.555	0.392	0.409	0.547	0.438	0.434
31	0.495	0.484	0.351	0.425	0.399	0.484
32	0.575	0.392	0.374	0.305	0.265	0.426
33	0.609	0.379	0.425	0.481	0.330	0.447
34	0.619	0.510	0.354	0.525	0.482	0.473
35	0.542	0.466	0.486	0.381	0.649	0.447
36	0.484	0.446	0.334	0.519	0.385	0.529
37	0.625	0.488	0.424	0.483	0.413	0.529
38	1.000	0.504	0.530	0.540	0.407	0.530
39	0.504	1.000	0.458	0.552	0.373	0.402
40	0.530	0.458	1.000	0.452	0.272	0.359
41	0.540	0.552	0.452	1.000	0.377	0.427
42	0.407	0.373	0.272	0.377	1.000	0.420
43	0.530	0.402	0.359	0.427	0.420	1.000

Além disso, procedemos ao cálculo da medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin, mostrada no quadro seguinte para cada item e para a totalidade da escala (valor global). Assim, o valor global é de 0.941, o que é excelente, e os valores para cada item são todos muito elevados, muito superiores

a 0.5 (superiores a 0.9 na maior parte dos casos, o que é muito elevado, e nos três únicos casos em que não o são, encontram-se extremamente próximos deste valor), indicando que todos os itens podem ser utilizados, pois ajustam-se à estrutura definida pelos outros itens.

Em resultado, podemos afirmar que a fatorabilidade da matriz de correlações é muito boa, ou seja, é apropriado efetuar uma análise fatorial com estes dados.

Medida de adequação da amostragem KMO

Escala de Satisfação Profissional – Até que Ponto Existe

Itens	KMO	Itens	KMO
1	0.940	23	0.923
2	0.957	24	0.951
3	0.825	25	0.946
4	0.926	26	0.949
5	0.969	27	0.946
6	0.952	28	0.937
7	0.926	29	0.960
8	0.913	30	0.954
9	0.955	31	0.967
11	0.925	32	0.946
12	0.965	33	0.929
13	0.943	34	0.955
14	0.904	35	0.952
15	0.871	36	0.955
16	0.899	37	0.954
17	0.934	38	0.959
18	0.956	39	0.938
19	0.957	40	0.920
20	0.935	41	0.941
21	0.951	42	0.899
22	0.933	43	0.963
		Global	0.941

Assim, realizou-se uma análise fatorial com extração de fatores pelo método das componentes principais, sendo necessário determinar em primeiro lugar o número de fatores a reter. As regras habitualmente utilizadas para selecionar o número de fatores a reter na análise conduzem a diferentes soluções, conforme pode ser observado no quadro seguinte. Com efeito, a regra de Kaiser, aponta para uma solução com 7 fatores (pois o sétimo fator é o último com um valor próprio superior a 1), um bom número (explicando 66.2% da variância total, o que é muito aceitável). A regra de Pearson conduz a uma solução com 15 fatores, o que é um

elevado (relembre-se que a escala tem 43 itens), complicando a análise e conduzindo a fatores sem significado e de difícil interpretação (o conjunto dos primeiros 15 fatores explica 80.4% da variância total). Finalmente, a regra baseada no “scree plot” (regra de Cattell), o que conduz a reter entre apenas 3 fatores, o que é pouco (explicando 53.9% da variância total, o que é baixo).

Em conclusão, foi adotada a solução com **7 fatores**, uma vez que se afigura a mais apropriada.

Valores Próprios e Variância Explicada dos Fatores Relativos à Escala do Grau de Satisfação Profissional – Até que Ponto Existe

Fator	Valor Próprio	% da Variância	% Acumulada
1	18.405	43.822	43.822
2	2.566	6.109	49.930
3	1.689	4.022	53.952
4	1.415	3.370	57.322
5	1.371	3.265	60.587
6	1.308	3.115	63.702
7	1.060	2.524	66.226
8	0.997	2.374	68.600
9	0.861	2.051	70.651
10	0.794	1.889	72.541
11	0.744	1.771	74.312
12	0.671	1.597	75.909
13	0.639	1.522	77.431
14	0.623	1.482	78.913
15	0.604	1.439	80.352
16	0.576	1.372	81.725
17	0.556	1.323	83.048
18	0.516	1.229	84.277
19	0.488	1.163	85.439
20	0.465	1.108	86.547
21	0.430	1.023	87.570
22	0.412	0.981	88.551
23	0.373	0.888	89.439
24	0.362	0.862	90.301
25	0.353	0.841	91.142
26	0.332	0.790	91.932
27	0.318	0.757	92.689
28	0.298	0.710	93.399
29	0.288	0.685	94.084
30	0.276	0.657	94.741
31	0.242	0.577	95.318
32	0.234	0.557	95.875
33	0.233	0.554	96.429
34	0.223	0.531	96.961
35	0.209	0.499	97.459
36	0.197	0.470	97.929
37	0.176	0.418	98.348
38	0.168	0.400	98.748
39	0.157	0.374	99.122
40	0.143	0.342	99.464
41	0.128	0.304	99.768
42	0.097	0.232	100.000

Assim, os resultados da análise fatorial forçada a 7 fatores seguida de rotação varimax e normalização de Kaiser são dados no quadro seguinte onde se indicam os pesos fatoriais das diferentes competências em cada fator,

encontrando-se a negrito o peso mais elevado de cada competência (para mais fácil leitura e interpretação do quadro, as competências estão indicadas pela ordem do fator em que saturam e não pela ordem do questionário). Outras soluções fatoriais foram ensaiadas, mas esta solução com 7 fatores revelou-se a mais adequada para a interpretação (a consideração de um número de fatores mais elevado conduz a fatores desnecessários ou a um pequeno acréscimo da variância explicada e a consideração de um número inferior não é suficiente, pois faz com que a representação de vários itens seja de má qualidade, conduz a fatores de difícil interpretação e com pouco significado e diminui a percentagem da variância explicada).

Em resultado, conclui-se que 7 fatores são suficientes para descrever a estrutura subjacente aos dados (estrutura latente).

Refira-se que os pesos fatoriais apresentam geralmente valores elevados ou, pelo menos, aceitáveis (alguns casos apenas), o que permite concluir novamente que a solução fatorial obtida tem boa qualidade. O quadro também mostra as comunalidades, ou seja, a percentagem da variância de cada item explicada conjuntamente pelos 6 fatores extraídos. Verifica-se que essa percentagem é superior a 50% em todos os itens com uma única exceção (e esta está muito próxima desse valor), sendo boa nalgumas competências e elevada noutras, o que significa mais uma vez que os resultados desta análise fatorial são de boa qualidade.

Estrutura Fatorial da Escala do Grau de Satisfação Profissional

Até que Ponto Existe

Itens	Fact.1	Fact.2	Fact.3	Fact.4	Fact.5	Fact.6	Fact.7		Comunalidades
13	0.696	0.221	0.126	0.187	0.209	0.101	0.010		0.638
27	0.423	0.296	0.417	0.185	0.114	0.211	0.227		0.584
28	0.644	0.122	0.377	0.044	0.105	0.151	0.235		0.663
29	0.542	0.438	0.152	0.109	0.184	0.282	0.210		0.678
32	0.530	0.373	0.135	0.019	0.260	0.256	0.129		0.589
33	0.524	0.578	0.161	0.096	0.188	0.239	0.021		0.737
36	0.563	0.421	0.308	0.177	0.172	0.017	0.036		0.652
37	0.683	0.208	0.146	0.259	0.187	0.225	0.011		0.684
38	0.504	0.176	0.343	0.210	0.230	0.430	0.091		0.692
43	0.590	0.118	0.298	0.244	0.205	0.074	0.072		0.563
5	0.224	0.625	0.203	0.283	0.140	0.352	-0.019		0.706
9	0.188	0.666	0.084	0.183	0.150	0.247	-0.036		0.604
16	0.191	0.745	0.064	0.047	0.101	0.034	0.072		0.614
23	0.160	0.784	0.242	0.009	0.203	0.100	0.126		0.766
25	0.129	0.501	0.348	0.122	0.036	0.497	0.157		0.676
31	0.334	0.464	0.386	0.172	0.234	0.145	0.144		0.602
17	0.165	0.081	0.715	0.138	0.098	0.138	0.233		0.647
19	0.329	0.243	0.528	0.190	0.267	0.103	0.239		0.621
20	0.121	0.535	0.568	0.081	0.272	-0.057	0.134		0.726
22	0.218	0.422	0.502	0.116	0.418	-0.067	0.130		0.687
24	0.233	0.194	0.619	0.313	0.091	0.156	0.212		0.651
26	0.274	0.349	0.469	0.285	-0.067	0.414	0.184		0.707
30	0.323	0.373	0.468	0.199	0.187	0.189	0.074		0.578
34	0.361	0.339	0.419	0.398	0.122	0.241	-0.116		0.665
39	0.190	0.174	0.481	0.266	0.144	0.388	-0.082		0.546
41	0.325	0.115	0.604	0.190	0.124	0.246	-0.185		0.630
6	0.110	0.339	0.176	0.421	0.329	0.332	0.256		0.620
8	0.075	0.105	0.119	0.840	0.153	0.088	0.094		0.777
14	0.144	0.106	0.160	0.803	0.098	0.027	0.195		0.751
21	0.173	0.094	0.360	0.458	0.161	0.290	0.412		0.658
35	0.302	0.024	0.214	0.605	0.186	0.339	0.263		0.722
42	0.218	0.136	0.194	0.821	0.079	-0.013	0.120		0.798
1	0.122	0.213	0.242	0.247	0.732	0.117	0.030		0.730
2	0.453	0.164	0.258	0.136	0.513	0.098	0.184		0.624
4	0.264	0.177	0.142	0.019	0.671	0.120	0.166		0.614
7	0.265	0.195	-0.014	0.144	0.697	0.147	0.204		0.678
11	0.100	0.048	0.251	0.369	0.395	0.276	-0.058		0.447
12	0.280	0.249	0.110	0.288	0.466	0.391	0.162		0.631
18	0.200	0.269	0.056	0.002	0.216	0.667	0.199		0.647
40	0.215	0.112	0.217	0.119	0.158	0.705	0.143		0.662
3	0.023	0.044	0.168	0.201	0.263	0.190	0.751		0.741
15	0.221	0.155	0.115	0.305	0.130	0.118	0.773		0.807

Em resultado, o primeiro fator apresenta pesos fatoriais elevados dos itens A margem de liberdade para eu planear, organizar, executar e avaliar o trabalho diário, A possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do

serviço, A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efetiva e concreta as necessidades e as expectativas (de saúde) dos meus utentes, O orgulho que sinto por trabalhar num serviço com uma boa imagem junto da comunidade em que está inserido, A garantia de qualidade dos cuidados e/ou serviços que são prestados aos doentes deste serviço, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham, O sentimento de orgulho por integrar uma equipa de saúde tão competente e empenhada como a minha, A perceção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência, A oportunidade efetiva e concreta de prestar, aos utentes do serviço, verdadeiros cuidados (e/ou serviços) integrados, continuados e personalizados e A gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito/a diariamente (por ex: telefonemas, reuniões), pelo que este fator pode ser designado como a dimensão da **Satisfação com o funcionamento do ACeS** (à semelhança da primeira dimensão de “Até que ponto deveria existir”). O segundo fator apresenta pesos fatoriais elevados dos itens O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste serviço, independentemente da sua profissão ou carreira, A oportunidade de ter verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos, A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos meus colegas enfermeiros deste serviço, O apoio que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda, A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras (por ex: administrativos, auxiliares, médicos) e A perceção de que o meu papel (e as minhas competências) como enfermeiro/a são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites (pelos demais profissionais), pelo que este fator pode ser designado como a dimensão da **Entreajuda e amizade entre profissionais no local de trabalho**. Esta dimensão é muito clara, pois saturam neste fator apenas itens relacionados com as relações humanas no local de trabalho, nomeadamente o espírito de equipa, a colaboração, a cooperação, o apoio e até a amizade entre os profissionais. O terceiro fator apresenta pesos fatoriais elevados dos itens

A oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento pessoal no âmbito da minha profissão e/ou da minha carreira profissional, A perceção de que a vogal do Conselho Clínico deste ACeS dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objetivos, O apoio com que

posso contar por parte do meu Diretor (ou do meu Chefe), sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda, O devido reconhecimento do meu desempenho profissional por parte da minha chefia, A garantia de que esta instituição tem uma política efetiva de proteção da saúde e da segurança das pessoas que aqui trabalham, incluindo a melhoria das condições de trabalho, A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos, A oportunidade de desenvolver um projeto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que na maior parte dos sítios que eu conheço, A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho, A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de outros profissionais fora do serviço (por ex: psicólogos, assistentes sociais) e A oportunidade de participar, como enfermeiro, em programas e atividades de saúde, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais, pelo que este fator pode ser designado como a dimensão do **Desenvolvimento da carreira, liderança da chefia e saúde e proteção no local de trabalho**. É interessante que o desenvolvimento da carreira e do projeto profissional surja associado ao papel de liderança e apoio por parte das chefias e à proteção e saúde no local de trabalho (incluindo a prevenção de situações de stress e o auxílio por parte de profissionais fora do serviço). O quarto fator apresenta pesos fatoriais elevados dos itens O prestígio que gozo no meu meio social e/ou profissional, por trabalhar num serviço como este, A perceção de estar relativamente bem pago/a tendo em conta o nível do meu desempenho profissional, A perceção de estar relativamente bem pago/a, por comparação com outros profissionais com as mesmas qualificações e responsabilidades que as minhas, no sector público ou privado, A confiança que sinto em relação ao futuro, tendo em conta eventuais mudanças a níveis da política da saúde (por ex: privatização da gestão dos serviços de saúde, reestruturação da carreira), A confiança que sinto em relação ao futuro do SNS, em geral, e da minha profissão ou carreira, em particular e A perceção de estar relativamente bem pago/a, tendo em conta a minha opção por trabalhar e/ou viver no concelho a que pertence o Aces, pelo que este fator pode ser designado como a dimensão da **Perceção de um bom nível de remuneração e confiança no futuro**. É interessante que os itens da confiança em relação ao futuro do SNS e em relação à política de saúde saturem neste fator, o que significa que essa confiança está fortemente relacionada com o nível de remuneração auferida pelos enfermeiros (tal como sucedeu com a terceira dimensão de “Até que ponto deveria existir”). É também muito interessante

que o item relativo ao prestígio no meio social ou profissional do enfermeiro se encontre associado ao nível de remuneração. O quinto fator apresenta pesos fatoriais elevados dos itens A convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor neste serviço, A suficiente margem de autoridade ou de poder que considero indispensável ao exercício das minhas funções como enfermeiro/a, A certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências como pessoa e como enfermeiro/a, O sentimento de que estou a dar um contributo importante para a realização da missão e dos objetivos atribuídos a este serviço (e à respetiva instituição), A disponibilidade de recursos, humanos e técnicos, necessários ao desempenho das minhas funções como enfermeiro/a e A elevada autoestima que sinto, ou a imagem positiva que tenho de mim próprio/a, devido às funções ou ao cargo que desempenho neste serviço, pelo que este fator pode ser designado como a dimensão da **Desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição** (à semelhança da quarta dimensão de “Até que ponto deveria existir”). É interessante que o item da elevada autoestima do enfermeiro devido às suas funções esteja associado à convicção de que vale a pena o esforço no local de trabalho, a ter autoridade para o exercício das funções ao desenvolvimento de competências e ao sentimento de dar um contributo importante para a missão e objetivos do serviço. O sexto fator apresenta pesos fatoriais elevados dos itens O respeito, o apreço e a confiança que nos manifestam os utentes deste serviço, a mim e aos demais profissionais e A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos utentes com que lido, pelo que este fator pode ser designado como a dimensão do Relacionamento com os utentes. O sétimo fator apresenta pesos fatoriais elevados dos itens A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional (pelo facto de trabalhar nesta instituição) e O sentimento de segurança no emprego devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal deste Aces, pelo que este fator pode ser designado como a dimensão da **Estabilidade e segurança laboral**.

O quadro seguinte mostra os coeficientes de cada item nos sete fatores (*component scores*)

Coeficientes dos Itens nos Fatores da Escala do Grau de Satisfação Profissional

Até que Ponto Existe

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7
1	-0.147	-0.034	0.037	0.018	0.395	-0.032	-0.134
2	0.104	-0.085	0.006	-0.055	0.193	-0.081	0.021
3	-0.091	-0.036	-0.003	-0.053	0.028	0.008	0.435
4	-0.016	-0.057	-0.018	-0.092	0.334	-0.030	0.003
5	-0.079	0.198	-0.073	0.073	-0.050	0.104	-0.101
6	-0.131	0.069	-0.067	0.093	0.074	0.092	0.045
7	-0.004	-0.028	-0.137	-0.021	0.336	-0.015	0.018
8	-0.069	0.022	-0.089	0.337	0.001	-0.051	-0.070
9	-0.069	0.248	-0.120	0.056	-0.027	0.049	-0.084
11	-0.109	-0.091	0.050	0.089	0.199	0.113	-0.182
12	-0.027	-0.019	-0.106	0.029	0.164	0.139	-0.026
13	0.309	-0.045	-0.116	0.016	-0.023	-0.079	-0.052
14	-0.015	0.020	-0.073	0.307	-0.055	-0.111	0.017
15	0.047	0.021	-0.094	0.006	-0.106	-0.080	0.471
16	-0.033	0.315	-0.113	0.006	-0.064	-0.104	0.038
17	-0.077	-0.102	0.341	-0.088	-0.032	-0.029	0.077
18	-0.049	0.000	-0.107	-0.099	0.017	0.372	0.044
19	0.005	-0.036	0.170	-0.051	0.032	-0.089	0.071
20	-0.149	0.147	0.225	-0.063	0.065	-0.190	0.026
21	-0.056	-0.060	0.057	0.070	-0.042	0.056	0.163
22	-0.084	0.071	0.178	-0.054	0.155	-0.201	0.003
23	-0.112	0.297	-0.012	-0.051	-0.009	-0.079	0.049
24	-0.046	-0.041	0.232	0.006	-0.068	-0.041	0.050
25	-0.135	0.126	0.050	-0.045	-0.110	0.218	0.029
26	-0.026	0.037	0.101	0.010	-0.196	0.139	0.043
27	0.085	-0.004	0.076	-0.038	-0.088	-0.016	0.083
28	0.269	-0.114	0.061	-0.108	-0.099	-0.053	0.114
29	0.165	0.066	-0.119	-0.045	-0.070	0.027	0.083
30	-0.008	0.035	0.121	-0.016	-0.013	-0.020	-0.037
31	0.000	0.089	0.060	-0.023	0.001	-0.062	0.020
32	0.166	0.029	-0.099	-0.078	0.006	0.031	0.029
33	0.134	0.137	-0.112	-0.022	-0.050	0.004	-0.042
34	0.020	0.023	0.071	0.101	-0.044	0.026	-0.186
35	0.040	-0.101	-0.059	0.161	-0.027	0.095	0.042
36	0.183	0.062	-0.004	0.004	-0.049	-0.156	-0.028
37	0.284	-0.061	-0.120	0.038	-0.044	0.004	-0.071
38	0.116	-0.104	0.020	-0.032	-0.005	0.151	-0.050
39	-0.084	-0.063	0.166	0.019	0.012	0.169	-0.173
40	-0.046	-0.097	-0.006	-0.066	-0.009	0.400	-0.017
41	0.009	-0.116	0.252	-0.016	0.008	0.067	-0.226
42	0.026	0.024	-0.064	0.321	-0.072	-0.146	-0.031
43	0.233	-0.096	0.010	0.016	-0.011	-0.096	-0.025

Para a avaliação da qualidade do modelo fatorial obtido, o quadro seguinte apresenta a matriz dos resíduos, ou seja, a matriz das diferenças entre as correlações observadas entre os itens e as correlações estimadas (reproduzidas) pelo modelo fatorial com os seis fatores retidos. Existem apenas 159 resíduos (18%) com valor absoluto superior a 0.05, o que indica um ajustamento muito bom (considera-se que o ajustamento é bom quando a percentagem destes resíduos é inferior a 50%). Além disso, o índice da qualidade do ajustamento ou *Goodness of Fit Index* (GFI) é 0.85, o que indica um bom ajustamento (valores do GFI superiores a 0.95 indicam um excelente ajustamento, sendo 1 o valor máximo deste indicador). O GFI ajustado, designado por AGFI, é 0.77, o que é razoável. Por sua vez, o *Root mean square residual* (RMSR) é 0.038, o que significa novamente que o ajustamento é bom (considera-se geralmente que valores de RMSR inferiores a 0.05 representam um ajustamento muito bom). Em resumo, estes coeficientes mostram que o ajustamento tem uma boa qualidade.

Matriz de Resíduos do Modelo Fatorial da Escala da Satisfação Profissional**Até que Ponto Existe**

Itens	Itens								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1		0.029	-0.017	-0.110	0.009	-0.014	-0.062	0.014	0.005
2	0.029		0.051	-0.120	0.043	-0.026	-0.092	-0.023	0.033
3	-0.017	0.051		-0.069	0.031	0.002	-0.080	-0.022	0.055
4	-0.110	-0.120	-0.069		0.021	-0.045	-0.012	0.023	0.003
5	0.009	0.043	0.031	0.021		0.001	-0.012	-0.026	-0.017
6	-0.014	-0.026	0.002	-0.045	0.001		-0.025	-0.038	-0.037
7	-0.062	-0.092	-0.080	-0.012	-0.012	-0.025		0.009	-0.023
8	0.014	-0.023	-0.022	0.023	-0.026	-0.038	0.009		-0.011
9	0.005	0.033	0.055	0.003	-0.017	-0.037	-0.023	-0.011	
11	-0.079	-0.009	0.075	-0.029	-0.015	-0.051	-0.102	-0.072	-0.017
12	-0.062	-0.044	0.009	-0.074	-0.031	0.014	-0.052	-0.052	0.003
13	0.005	-0.011	-0.007	-0.048	-0.011	0.004	-0.043	-0.041	0.047
14	-0.018	0.004	-0.051	0.057	-0.021	-0.035	-0.014	-0.042	-0.031
15	0.040	0.003	-0.007	-0.013	0.011	-0.043	-0.001	-0.019	0.053
16	0.002	0.005	0.002	-0.028	-0.066	-0.065	0.026	-0.017	-0.068
17	-0.041	-0.034	-0.042	0.071	0.046	-0.051	0.017	-0.001	0.039
18	-0.015	0.028	-0.057	0.000	-0.022	-0.001	-0.038	0.055	-0.038
19	-0.012	-0.025	-0.003	-0.035	0.014	0.041	0.017	0.045	0.044
20	-0.033	-0.027	-0.038	-0.025	-0.039	-0.024	0.023	0.029	0.005
21	0.027	0.024	-0.085	0.023	0.039	-0.053	-0.001	-0.002	0.017
22	-0.037	-0.012	0.005	-0.076	-0.009	0.010	-0.078	0.016	-0.069
23	-0.033	0.001	0.006	0.010	-0.029	-0.039	-0.016	-0.016	-0.039
24	0.011	-0.056	-0.062	0.000	-0.009	0.085	0.058	-0.001	-0.026
25	-0.004	0.044	-0.005	0.029	-0.064	-0.082	0.036	-0.017	-0.063
26	0.058	0.020	-0.040	0.026	0.015	0.028	0.029	-0.012	-0.042
27	0.029	-0.008	-0.068	0.007	-0.018	-0.031	0.052	0.019	-0.017
28	0.029	-0.036	-0.059	0.035	-0.016	0.028	0.003	0.056	0.052
29	0.046	-0.037	-0.037	0.000	-0.017	0.018	-0.023	0.032	-0.038
30	-0.001	-0.032	0.015	-0.012	-0.017	0.029	-0.010	-0.016	-0.059
31	0.009	-0.018	-0.017	0.060	-0.043	0.015	-0.012	-0.021	-0.007
32	0.018	-0.026	-0.033	-0.003	-0.037	-0.013	-0.006	0.046	-0.091
33	0.002	-0.018	0.022	0.004	0.003	0.032	-0.025	0.048	-0.062
34	0.010	0.025	0.048	0.054	0.018	0.007	0.029	-0.014	-0.012
35	0.000	-0.029	-0.040	-0.002	-0.017	-0.006	0.008	-0.070	0.007
36	-0.032	-0.008	0.038	0.013	0.030	0.033	0.027	-0.022	-0.004
37	-0.009	-0.005	0.054	-0.021	-0.010	0.022	-0.030	-0.019	-0.008
38	0.013	-0.027	0.047	-0.036	-0.003	0.000	0.013	-0.024	0.006
39	0.009	0.038	0.039	-0.046	-0.073	-0.037	0.021	-0.008	0.046
40	-0.026	-0.031	-0.027	0.020	-0.016	-0.081	0.034	0.053	-0.013
41	-0.014	0.020	0.095	-0.026	0.007	0.031	0.004	0.000	0.058
42	-0.044	0.008	0.002	0.031	-0.034	-0.057	0.029	-0.031	-0.040
43	-0.030	-0.002	0.062	-0.001	0.046	-0.045	-0.002	-0.005	0.023

Matriz de Resíduos do Modelo Fatorial da Escala da Satisfação Profissional**Até que Ponto Existe (cont.)**

Itens	Itens								
	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	-0.079	-0.062	0.005	-0.018	0.040	0.002	-0.041	-0.015	-0.012
2	-0.009	-0.044	-0.011	0.004	0.003	0.005	-0.034	0.028	-0.025
3	0.075	0.009	-0.007	-0.051	-0.007	0.002	-0.042	-0.057	-0.003
4	-0.029	-0.074	-0.048	0.057	-0.013	-0.028	0.071	0.000	-0.035
5	-0.015	-0.031	-0.011	-0.021	0.011	-0.066	0.046	-0.022	0.014
6	-0.051	0.014	0.004	-0.035	-0.043	-0.065	-0.051	-0.001	0.041
7	-0.102	-0.052	-0.043	-0.014	-0.001	0.026	0.017	-0.038	0.017
8	-0.072	-0.052	-0.041	-0.042	-0.019	-0.017	-0.001	0.055	0.045
9	-0.017	0.003	0.047	-0.031	0.053	-0.068	0.039	-0.038	0.044
11		-0.014	0.086	0.041	0.025	0.047	0.024	-0.041	-0.092
12	-0.014		0.057	-0.031	-0.024	-0.001	0.016	-0.058	0.005
13	0.086	0.057		-0.022	0.027	-0.027	0.021	0.001	-0.024
14	0.041	-0.031	-0.022		0.006	0.024	0.057	0.052	-0.024
15	0.025	-0.024	0.027	0.006		0.001	0.003	-0.030	-0.020
16	0.047	-0.001	-0.027	0.024	0.001		0.080	0.022	-0.015
17	0.024	0.016	0.021	0.057	0.003	0.080		0.067	-0.013
18	-0.041	-0.058	0.001	0.052	-0.030	0.022	0.067		0.042
19	-0.092	0.005	-0.024	-0.024	-0.020	-0.015	-0.013	0.042	
20	0.023	0.008	0.015	0.002	-0.017	-0.037	-0.075	0.024	-0.033
21	-0.082	0.000	0.028	-0.074	-0.038	-0.009	-0.020	-0.019	-0.033
22	-0.026	0.074	0.034	-0.008	-0.029	-0.003	-0.058	0.057	-0.035
23	0.057	-0.013	0.034	0.010	0.001	-0.011	0.012	-0.014	-0.017
24	0.014	0.019	-0.005	-0.014	-0.037	-0.031	-0.062	-0.004	-0.031
25	0.054	-0.032	0.048	0.002	-0.005	-0.044	-0.069	-0.077	-0.019
26	0.049	0.023	0.027	-0.006	-0.023	-0.084	-0.046	-0.034	-0.050
27	0.031	-0.004	0.013	0.020	-0.029	0.057	-0.028	0.003	-0.093
28	0.027	-0.020	-0.048	0.024	-0.052	0.035	-0.063	-0.007	-0.021
29	0.025	-0.009	-0.027	0.001	-0.041	-0.048	-0.009	-0.035	0.043
30	0.029	0.024	0.016	0.011	-0.030	-0.012	0.001	0.001	-0.084
31	-0.030	-0.010	-0.011	0.007	-0.024	-0.091	-0.042	-0.012	-0.048
32	0.008	-0.050	-0.079	0.056	-0.032	-0.086	0.001	-0.019	-0.045
33	0.001	-0.002	-0.068	-0.002	0.017	-0.066	0.036	-0.020	0.033
34	-0.051	-0.018	-0.030	-0.039	0.011	-0.011	-0.030	-0.008	-0.020
35	-0.040	0.012	0.007	-0.059	-0.042	0.006	-0.016	-0.036	0.004
36	-0.059	0.002	-0.083	-0.013	0.037	-0.071	-0.009	0.040	0.044
37	0.001	0.015	-0.094	-0.029	0.030	0.052	0.029	0.000	0.009
38	0.009	-0.008	-0.031	0.018	-0.005	0.070	0.019	-0.048	-0.053
39	-0.090	-0.034	-0.002	-0.021	0.107	0.042	-0.063	-0.057	0.070
40	-0.079	-0.037	-0.032	0.042	0.002	0.084	-0.016	-0.060	0.012
41	-0.105	-0.001	-0.039	-0.007	0.100	0.032	-0.025	-0.006	0.012
42	-0.052	-0.005	-0.029	-0.045	-0.036	0.027	0.024	0.047	-0.006
43	0.070	-0.037	0.001	-0.019	-0.010	0.044	-0.012	0.027	0.016

Matriz de Resíduos do Modelo Fatorial da Escala da Satisfação Profissional**Até que Ponto Existe (cont.)**

Itens	Itens								
	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1	-0.033	0.027	-0.037	-0.033	0.011	-0.004	0.058	0.029	0.029
2	-0.027	0.024	-0.012	0.001	-0.056	0.044	0.020	-0.008	-0.036
3	-0.038	-0.085	0.005	0.006	-0.062	-0.005	-0.040	-0.068	-0.059
4	-0.025	0.023	-0.076	0.010	0.000	0.029	0.026	0.007	0.035
5	-0.039	0.039	-0.009	-0.029	-0.009	-0.064	0.015	-0.018	-0.016
6	-0.024	-0.053	0.010	-0.039	0.085	-0.082	0.028	-0.031	0.028
7	0.023	-0.001	-0.078	-0.016	0.058	0.036	0.029	0.052	0.003
8	0.029	-0.002	0.016	-0.016	-0.001	-0.017	-0.012	0.019	0.056
9	0.005	0.017	-0.069	-0.039	-0.026	-0.063	-0.042	-0.017	0.052
11	0.023	-0.082	-0.026	0.057	0.014	0.054	0.049	0.031	0.027
12	0.008	0.000	0.074	-0.013	0.019	-0.032	0.023	-0.004	-0.020
13	0.015	0.028	0.034	0.034	-0.005	0.048	0.027	0.013	-0.048
14	0.002	-0.074	-0.008	0.010	-0.014	0.002	-0.006	0.020	0.024
15	-0.017	-0.038	-0.029	0.001	-0.037	-0.005	-0.023	-0.029	-0.052
16	-0.037	-0.009	-0.003	-0.011	-0.031	-0.044	-0.084	0.057	0.035
17	-0.075	-0.020	-0.058	0.012	-0.062	-0.069	-0.046	-0.028	-0.063
18	0.024	-0.019	0.057	-0.014	-0.004	-0.077	-0.034	0.003	-0.007
19	-0.033	-0.033	-0.035	-0.017	-0.031	-0.019	-0.050	-0.093	-0.021
20		0.010	-0.031	-0.034	-0.035	0.018	-0.019	0.008	0.083
21	0.010		-0.003	0.045	-0.037	-0.017	-0.024	0.004	0.023
22	-0.031	-0.003		-0.001	0.017	-0.029	-0.029	0.030	-0.040
23	-0.034	0.045	-0.001		-0.019	0.002	-0.025	-0.056	0.009
24	-0.035	-0.037	0.017	-0.019		-0.008	0.050	-0.030	0.040
25	0.018	-0.017	-0.029	0.002	-0.008		0.018	-0.003	-0.040
26	-0.019	-0.024	-0.029	-0.025	0.050	0.018		0.049	-0.006
27	0.008	0.004	0.030	-0.056	-0.030	-0.003	0.049		-0.013
28	0.083	0.023	-0.040	0.009	0.040	-0.040	-0.006	-0.013	
29	0.002	-0.024	-0.012	-0.049	0.029	-0.025	0.012	-0.036	0.021
30	-0.027	-0.026	-0.021	-0.036	-0.046	-0.052	-0.005	0.039	-0.037
31	-0.039	-0.026	-0.057	-0.051	-0.010	0.058	0.048	-0.039	-0.013
32	0.027	0.018	-0.001	-0.020	0.051	0.047	0.010	-0.041	-0.019
33	-0.035	-0.025	0.024	-0.012	0.016	-0.043	-0.009	-0.020	-0.032
34	-0.005	0.035	-0.045	-0.049	0.018	0.022	0.024	0.018	0.022
35	0.015	0.000	0.047	0.038	-0.020	0.026	-0.023	0.024	0.005
36	-0.023	-0.018	0.000	-0.025	-0.014	0.003	-0.004	-0.068	-0.100
37	-0.020	-0.014	0.041	0.056	0.017	-0.020	-0.046	-0.063	-0.046
38	0.017	-0.003	-0.011	0.021	0.004	-0.019	-0.056	0.038	0.001
39	-0.035	-0.007	-0.013	0.047	-0.058	0.024	-0.069	-0.107	-0.026
40	0.076	-0.012	0.066	0.007	-0.036	-0.049	-0.088	-0.007	0.028
41	-0.041	-0.018	-0.012	0.024	-0.109	-0.072	-0.101	-0.040	-0.046
42	0.030	0.003	0.000	0.008	-0.035	0.026	-0.050	-0.041	-0.017
43	0.014	-0.018	-0.021	0.030	-0.053	0.068	0.025	-0.031	-0.080

Matriz de Resíduos do Modelo Fatorial da Escala da Satisfação Profissional**Até que Ponto Existe (cont.)**

Itens	Itens								
	29	30	31	32	33	34	35	36	37
1	0.046	-0.001	0.009	0.018	0.002	0.010	0.000	-0.032	-0.009
2	-0.037	-0.032	-0.018	-0.026	-0.018	0.025	-0.029	-0.008	-0.005
3	-0.037	0.015	-0.017	-0.033	0.022	0.048	-0.040	0.038	0.054
4	0.000	-0.012	0.060	-0.003	0.004	0.054	-0.002	0.013	-0.021
5	-0.017	-0.017	-0.043	-0.037	0.003	0.018	-0.017	0.030	-0.010
6	0.018	0.029	0.015	-0.013	0.032	0.007	-0.006	0.033	0.022
7	-0.023	-0.010	-0.012	-0.006	-0.025	0.029	0.008	0.027	-0.030
8	0.032	-0.016	-0.021	0.046	0.048	-0.014	-0.070	-0.022	-0.019
9	-0.038	-0.059	-0.007	-0.091	-0.062	-0.012	0.007	-0.004	-0.008
11	0.025	0.029	-0.030	0.008	0.001	-0.051	-0.040	-0.059	0.001
12	-0.009	0.024	-0.010	-0.050	-0.002	-0.018	0.012	0.002	0.015
13	-0.027	0.016	-0.011	-0.079	-0.068	-0.030	0.007	-0.083	-0.094
14	0.001	0.011	0.007	0.056	-0.002	-0.039	-0.059	-0.013	-0.029
15	-0.041	-0.030	-0.024	-0.032	0.017	0.011	-0.042	0.037	0.030
16	-0.048	-0.012	-0.091	-0.086	-0.066	-0.011	0.006	-0.071	0.052
17	-0.009	0.001	-0.042	0.001	0.036	-0.030	-0.016	-0.009	0.029
18	-0.035	0.001	-0.012	-0.019	-0.020	-0.008	-0.036	0.040	0.000
19	0.043	-0.084	-0.048	-0.045	0.033	-0.020	0.004	0.044	0.009
20	0.002	-0.027	-0.039	0.027	-0.035	-0.005	0.015	-0.023	-0.020
21	-0.024	-0.026	-0.026	0.018	-0.025	0.035	0.000	-0.018	-0.014
22	-0.012	-0.021	-0.057	-0.001	0.024	-0.045	0.047	0.000	0.041
23	-0.049	-0.036	-0.051	-0.020	-0.012	-0.049	0.038	-0.025	0.056
24	0.029	-0.046	-0.010	0.051	0.016	0.018	-0.020	-0.014	0.017
25	-0.025	-0.052	0.058	0.047	-0.043	0.022	0.026	0.003	-0.020
26	0.012	-0.005	0.048	0.010	-0.009	0.024	-0.023	-0.004	-0.046
27	-0.036	0.039	-0.039	-0.041	-0.020	0.018	0.024	-0.068	-0.063
28	0.021	-0.037	-0.013	-0.019	-0.032	0.022	0.005	-0.100	-0.046
29		0.109	0.025	0.018	0.018	-0.046	0.007	-0.063	-0.067
30	0.109		0.044	0.030	-0.018	-0.050	-0.010	-0.061	-0.054
31	0.025	0.044		0.024	-0.048	-0.034	0.037	0.016	-0.027
32	0.018	0.030	0.024		0.062	0.000	-0.031	-0.049	-0.067
33	0.018	-0.018	-0.048	0.062		0.010	-0.047	-0.019	-0.034
34	-0.046	-0.050	-0.034	0.000	0.010		-0.025	0.004	-0.029
35	0.007	-0.010	0.037	-0.031	-0.047	-0.025		0.009	0.006
36	-0.063	-0.061	0.016	-0.049	-0.019	0.004	0.009		0.076
37	-0.067	-0.054	-0.027	-0.067	-0.034	-0.029	0.006	0.076	
38	-0.066	-0.006	-0.053	0.011	0.020	0.029	-0.027	-0.067	-0.001
39	-0.024	-0.107	0.030	0.030	-0.042	-0.045	0.004	0.042	0.070
40	0.008	-0.001	-0.037	-0.053	0.001	-0.072	-0.006	0.033	0.002
41	-0.009	0.023	-0.042	-0.067	0.050	-0.056	-0.023	0.049	0.023
42	0.017	0.042	0.013	0.025	0.013	-0.043	0.000	-0.018	-0.018
43	-0.070	-0.046	0.006	-0.057	-0.060	-0.037	-0.028	-0.027	-0.061

Matriz de Resíduos do Modelo Fatorial da Escala da Satisfação Profissional**Até que Ponto Existe (cont.)**

Itens	Itens					
	38	39	40	41	42	43
1	0.013	0.009	-0.026	-0.014	-0.044	-0.030
2	-0.027	0.038	-0.031	0.020	0.008	-0.002
3	0.047	0.039	-0.027	0.095	0.002	0.062
4	-0.036	-0.046	0.020	-0.026	0.031	-0.001
5	-0.003	-0.073	-0.016	0.007	-0.034	0.046
6	0.000	-0.037	-0.081	0.031	-0.057	-0.045
7	0.013	0.021	0.034	0.004	0.029	-0.002
8	-0.024	-0.008	0.053	0.000	-0.031	-0.005
9	0.006	0.046	-0.013	0.058	-0.040	0.023
11	0.009	-0.090	-0.079	-0.105	-0.052	0.070
12	-0.008	-0.034	-0.037	-0.001	-0.005	-0.037
13	-0.031	-0.002	-0.032	-0.039	-0.029	0.001
14	0.018	-0.021	0.042	-0.007	-0.045	-0.019
15	-0.005	0.107	0.002	0.100	-0.036	-0.010
16	0.070	0.042	0.084	0.032	0.027	0.044
17	0.019	-0.063	-0.016	-0.025	0.024	-0.012
18	-0.048	-0.057	-0.060	-0.006	0.047	0.027
19	-0.053	0.070	0.012	0.012	-0.006	0.016
20	0.017	-0.035	0.076	-0.041	0.030	0.014
21	-0.003	-0.007	-0.012	-0.018	0.003	-0.018
22	-0.011	-0.013	0.066	-0.012	0.000	-0.021
23	0.021	0.047	0.007	0.024	0.008	0.030
24	0.004	-0.058	-0.036	-0.109	-0.035	-0.053
25	-0.019	0.024	-0.049	-0.072	0.026	0.068
26	-0.056	-0.069	-0.088	-0.101	-0.050	0.025
27	0.038	-0.107	-0.007	-0.040	-0.041	-0.031
28	0.001	-0.026	0.028	-0.046	-0.017	-0.080
29	-0.066	-0.024	0.008	-0.009	0.017	-0.070
30	-0.006	-0.107	-0.001	0.023	0.042	-0.046
31	-0.053	0.030	-0.037	-0.042	0.013	0.006
32	0.011	0.030	-0.053	-0.067	0.025	-0.057
33	0.020	-0.042	0.001	0.050	0.013	-0.060
34	0.029	-0.045	-0.072	-0.056	-0.043	-0.037
35	-0.027	0.004	-0.006	-0.023	0.000	-0.028
36	-0.067	0.042	0.033	0.049	-0.018	-0.027
37	-0.001	0.070	0.002	0.023	-0.018	-0.061
38		-0.035	-0.050	-0.008	0.011	-0.027
39	-0.035		-0.022	0.000	0.001	0.009
40	-0.050	-0.022		0.048	0.050	0.030
41	-0.008	0.000	0.048		0.033	-0.035
42	0.011	0.001	0.050	0.033		-0.007
43	-0.027	0.009	0.030	-0.035	-0.007	

Por fim, procede-se à análise da validade do questionário, ou seja, da consistência interna e fiabilidade do questionário utilizado. O coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor para a totalidade do questionário é de 0.97, o que é muito elevado e mostra uma excelente consistência interna do questionário (tal como para o questionário de “Até que ponto deveria existir”). O quadro seguinte mostra os valores deste coeficiente para as dimensões identificadas, concluindo-se que a consistência da primeira e da terceira é muito elevada, a da segunda, da quarta, da quinta e da sétima é elevada e a da sexta é razoável (mas note-se que, tal como é o caso desta dimensão, quando o número de itens incluídos numa dimensão é baixo, o coeficiente alfa é frequentemente baixo sem que tal signifique uma fraca consistência interna).

Em conclusão, quer o questionário na sua globalidade, quer as dimensões identificadas revelam uma consistência interna e fiabilidade muito elevada, elevada ou pelo menos razoável, o que significa que são válidas para os objetivos a que se destinam, permitindo confiar nas conclusões e resultados extraídos (note-se também que a qualidade da solução fatorial agora obtida é muito semelhante à do questionário de “Até que ponto deveria existir”).

Alfa de Cronbach das Dimensões da Escala do Grau de Satisfação Profissional

Até que Ponto Existe

Dimensão	Alfa
1 – Satisfação com o funcionamento do ACES	0.919
2 – Entreeajuda e amizade entre profissionais no local de trabalho	0.872
3 – Desenvolvimento da carreira, liderança da chefia e saúde e proteção no local de trabalho	0.909
4 – Perceção de um bom nível de remuneração e confiança no futuro	0.893
5 – Desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição	0.842
6 – Relacionamento com os utentes	0.715
7 – Estabilidade e segurança laboral	0.838

Procede-se agora à análise descritiva do grau de satisfação total das dimensões identificadas anteriormente e das relações entre elas. Os dois quadros seguintes mostram a frequência das respostas dos enfermeiros à escala de satisfação profissional e a média e o desvio padrão respetivos em cada dimensão, **extraindo-se diversas conclusões:**

Satisfação com o funcionamento do ACES – “8” é a resposta mais frequente (23.1% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (19.5%), “9” (19.2%), “6” (11%), “5” (9.3%), “10” (8.7%), “4” (3.8%), “3” (2.5%), “2” (1.9%), “1” (0.7%) e “0” (0.3%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe nesta dimensão é moderado (note-se a considerável dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “6” e “9”). Com efeito, o valor médio é de 71.4 (substancialmente inferior ao máximo desta dimensão, que é 100, pois inclui 10 itens), com um desvio padrão moderado (15.5), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Enteajuda e amizade entre profissionais no local de trabalho – “8” é a resposta mais frequente (22% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (19.9%), “7” (15.2%), “6” (11.3%), “10” (10.9%), “5” (10.4%), “4” (4%), “3” (3%), “2” (2.3%), “1” (0.6%) e “0” (0.3%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe nesta dimensão é moderado (note-se a considerável dispersão das respostas, com predomínio das respostas entre “5” e “10”). Com efeito, o valor médio é de 42.9 (muito inferior ao máximo desta dimensão, que é 60, pois inclui 6 itens), com um desvio padrão moderado (9.8), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Desenvolvimento da carreira, liderança da chefia e saúde e proteção no local de trabalho – “7” e “8” são as respostas mais frequentes (17.1% dos enfermeiros cada), seguindo-se “5” (16.4%), “6” (13.7%), “9” (13.2%), “4” (6.9%), “10” (5.3%), “3” (4.3%), “2” (3.3%), “1” (1.6%) e “0” (1.1%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe nesta dimensão é moderado (note-se a considerável dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9”). Com efeito, o valor médio é de 63.4 (muito inferior ao máximo desta dimensão, que é 100, pois inclui 10 itens), com um desvio padrão moderado (16.7), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Perceção de um bom nível de remuneração e confiança no futuro – “5” é a resposta mais frequente (18.3% dos enfermeiros), seguindo-se “6” (14.1%), “7” (11.4%), “2” (10.6%), “4” (10.3%), “3” (9.2%), “8” (8.6%), “0” (6.8%), “1” (6%), “9”

(3%) e “10” (1.5%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe nesta dimensão é baixo (note-se a grande dispersão das respostas quase por toda a escala). Com efeito, o valor médio é de 27.7 (muito inferior ao máximo desta dimensão, que é 60, pois inclui 6 itens), com um desvio padrão um pouco elevado (11.5), refletindo a grande dispersão das respostas.

Desenvolvimento de conhecimentos e competências para a realização da missão do serviço e da instituição – “8” é a resposta mais frequente (19.8% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (17.2%), “9” (14%), “5” (12.9%), “6” (11.7%), “10” (10.8%), “4” (6.1%), “3” (3.2%), “2” (3.1%), “1” (0.8%) e “0” (0.3%). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe nesta dimensão é moderado (note-se a considerável dispersão das respostas, com predomínio das respostas entre “5” e “10”). Com efeito, o valor médio é de 41 (muito inferior ao máximo desta dimensão, que é 60, pois inclui 6 itens), com um desvio padrão moderado (9.3), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Relacionamento com os utentes – “8” é a resposta mais frequente (23.3% dos enfermeiros), seguindo-se “9” (20.8%), “7” (17.6%), “6” (13.2%), “5” (12.2%), “10” (5.7%), “4” (4.6%), “3” (1.9%), “2” (0.4%) e “1” (0.2%), não existindo quaisquer respostas “0”. Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe nesta dimensão é um pouco elevado (note-se a considerável dispersão das respostas, embora mais concentradas entre “5” e “9” e especialmente entre “7” e “9”). Com efeito, o valor médio é de 14.3 (consideravelmente inferior ao máximo desta dimensão, que é 20, pois inclui 2 itens), com um desvio padrão moderado (3.1), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Estabilidade e segurança laboral – “8” é a resposta mais frequente (21.7% dos enfermeiros), seguindo-se “7” (17.9%), “5” (15.6%), “6” e “9” (10.8%), “4” (6.1%), “10” (5.1%), “2” (4.4%), “3” (4.2%) e “0” e “1” (1.7% cada). Portanto, o grau de satisfação dos enfermeiros que existe nesta dimensão é moderado (note-se a considerável dispersão das respostas, com predomínio das respostas entre “5” e “9”). Com efeito, o valor médio é de 12.7 (muito inferior ao máximo desta dimensão, que é 20, pois inclui 2 itens), com um desvio padrão moderado (4.2), refletindo a dispersão considerável das respostas.

Dimensões da Satisfação Profissional dos Enfermeiros**Até que Ponto Existe**

Dimensão	Frequência (%)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
1	0.3	0.7	1.9	2.5	3.8	9.3	11.0	19.5	23.1	19.2	8.7	100.0
2	0.3	0.6	2.3	3.0	4.0	10.4	11.3	15.2	22.0	19.9	10.9	100.0
3	1.1	1.6	3.3	4.3	6.9	16.4	13.7	17.1	17.1	13.2	5.3	100.0
4	6.8	6.0	10.6	9.2	10.3	18.3	14.1	11.4	8.6	3.0	1.5	100.0
5	0.3	0.8	3.1	3.2	6.1	12.9	11.7	17.2	19.8	14.0	10.8	100.0
6	0.0	0.2	0.4	1.9	4.6	12.2	13.2	17.6	23.3	20.8	5.7	100.0
7	1.7	1.7	4.4	4.2	6.1	15.6	10.8	17.9	21.7	10.8	5.1	100.0

Caracterização das Dimensões da Satisfação Profissional dos Enfermeiros**Até que Ponto Existe**

Dimensão	Coeficientes	
	Média	D. padrão
1 – Satisfação com o funcionamento do ACES	71.4	15.5
2 – Entreeajuda e amizade entre profissionais no local de trabalho	42.9	9.8
3 – Desenvolvimento da carreira, liderança da chefia e saúde e proteção no local de trabalho	63.4	16.7
4 – Perceção de um bom nível de remuneração e confiança no futuro	27.7	11.5
5 – Desenvolvimento de conhecimentos e competências para a Realização da missão do serviço e da instituição	41.0	9.3
6 – Relacionamento com os utentes	14.3	3.1
7 – Estabilidade e segurança laboral	12.7	4.2

A matriz de correlações do grau de satisfação das sete dimensões com o respetivo teste de significância encontra-se em seguida. Recorre-se novamente ao coeficiente de correlação de Spearman (o teste de normalidade de Shapiro-Wilk rejeita esta hipótese para todas as dimensões com valores-p geralmente próximos

de zero). Os resultados, apresentados no quadro seguinte (onde está o valor do coeficiente de correlação de Spearman e o valor-p do respetivo teste de significância), mostram que todas as dimensões estão positivamente correlacionadas (ou seja, em sentido direto). Todas as correlações são significativas e positivas, o que quer dizer que as dimensões estão correlacionadas no mesmo sentido, ou seja, quando os enfermeiros têm graus de satisfação elevados numa dimensão também têm em qualquer das outras. As dimensões mais fortemente correlacionadas são as três primeiras, assim como a primeira com a quinta (com correlações elevadas). Em seguida, encontram-se as correlações entre a terceira e a quarta e entre a terceira e a quinta dimensão, com correlações ainda um pouco elevadas. Pelo contrário, a sétima dimensão está fracamente correlacionada com a segunda. As restantes correlações podem ser consideradas moderadas, existindo ainda algumas diferenças.

Matriz de Correlações das Dimensões da Satisfação Profissional dos Enfermeiros**Até que Ponto Existe**

Dimensões		Dimensões						
		1	2	3	4	5	6	7
1	coef.	1.000	0.730	0.813	0.574	0.717	0.569	0.439
	valor-p		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
2	coef.	0.730	1.000	0.703	0.474	0.583	0.536	0.357
	valor-p	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
3	coef.	0.813	0.703	1.000	0.655	0.679	0.535	0.435
	valor-p	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
4	coef.	0.574	0.474	0.655	1.000	0.610	0.432	0.545
	valor-p	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000
5	coef.	0.717	0.583	0.679	0.610	1.000	0.510	0.521
	valor-p	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000
6	coef.	0.569	0.536	0.535	0.432	0.510	1.000	0.400
	valor-p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000
7	coef.	0.439	0.357	0.435	0.545	0.521	0.400	1.000
	valor-p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	